Rok XLVI. Kraków, dnia 10. sierpnia 1907. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szerzenie się i zwalczanie gruźlicy płucnej.

Podał

Dr Med. Alfred Sokołowski

(Warszawa).

Uważam za zbyteczne rozwodzić się obszerniej i podawać szczegółowe liczby, odnoszące się do szerzenia się gruźlicy w całym świecie. Liczby te dostatecznie są znane. Spopularyzowane zostały one dokładnie i bliżej oznaczone w licznych publikacyach, wahając się w stosunkowo bardzo szerokich granicach. Śmiertelność bowiem z gruźlicy wynosi od 17 do 60 i wyżej w stosunku do 10,000 żyjących. Powyższy jednakże współczynnik śmiertelności nie określa bynajmniej całej ilości chorych dotkniętych jednocześnie gruźlicą w danej miejscowości, wielki bowiem odsetek zapadłych na tę chorobę wylecza się. Istotny więc odsetek dotkniętych wogóle sprawą gruźliczą nie da się wskutek tego ściśle określić, a sądzę, że bez przesady powiedzieć możemy, iż co najmniej czwarta część ogółu ludności dotknięta jest w pewnym okresie życia w mniejszym lub większym stopniu sprawą gruźliczą. Jeśli nawet w krajach Europy zachodniej, w których prowadzone są ścisłe dane statystyczne, trudno jest określić istotny odsetek dotkniętych tą chorobą osób, to cóż dopiero mówić o nas. Statystyki w ścisłem tego słowa znaczeniu odnosić się mogą li tylko do miast i to większych, nie dając bynajmniej wskaźnika istotnego szerzenia się tej ciężkiej zarazy wśród ogółu naszego społeczeństwa.

Istotne dane statystyczne przedstawiają się stosunkowo bardzo smutno. Wedle bowiem sprawozdania protomedyka dr Merunowicza w jego ostatniej pracy »O stosunkach zdrowotnych Galicyi w roku 1903« śmiertelność z gruźlicy poniekąd nawet wzrasta. W roku bowiem 1903 zmarło na nią przeszło 25,000 osób, a na 1,000 ludności wypadło 3,35, wspólnie zaś z zapaleniem płuc, które łączone są w jedną rubrykę, wypadnie liczba 6,3 na 1,000 ludności, a przeszło 24% ilości ogólnej zmarłych. Ze statystyki szczegółowej, zestawionej przez tegoż autora dla miast galicyjskich co do śmiertelności z gruźlicy wraz z zapaleniem płuc, wypadają liczby stosunkowo bardzo wielkie, wahające się w granicach 10 i 39,1%: we Lwowie 39,1 na 100 zmarłych, w Krakowie 34, w Tarnowie 11, w Stanisławowie 22, w Rzeszowie 32 i t. d. Jaki istotny odsetek wypada na samą gruźlicę, statystyka nie podaje, gdyż, jak to słusznie zaznacza Merunowicz, w Galicyi zaledwie w czwartej części wszystkich zgonów śmierć bywa sprawdzona przez lekarzy. W każdym razie twierdzi autor, że żadna inna choroba zakaźna nie pochłania tylu ofiar, ile gruźlica. O wiele mniej dokładne statystyczne dane dają się zebrać w Królestwie, gdzie z wyjątkiem Warszawy i kilku większych miast absolutnie żadnych ścisłych danych statystycznych otrzymać nie można. I tak n. p. w Warszawie wedle ostatniej statystycznej pracy dr Polaka stosunek śmiertelności z gruźlicy przedstawiałby się wcale nie najgorzej. W okresie bowiem między latami 1892—1906 waha się między 2,8 a 2,2 na 1,000 ludności. Powyższe jednakże liczby wydają się mi stanowczo zbyt małe, gdyż, jak sam się przekonać mogłem, aczkolwiek istnieje w Warszawie obowiązkowe zapisywanie przez lekarza przyczyny śmierci, często jednakże, a szczególniej u zmarłych starszych osób, przyczyna bywa podawana nieścisła wobec niekulturalnych warunków ludności, z której znaczny jeszcze odsetek nie zasięga porady lekarskiej. Dane statystyczne, podawane z innych miast, jak: Łodzi, Radomia, Lublina i innych, podlegają w wyższym jeszcze stopniu temu zarzutowi. Co się zaś tyczy ludności wiejskiej Królestwa, to pod tym względem nie posiadamy absolutnie żadnych ścisłych danych. Istniejący zaś materyał jest albo oparty na zbyt małych liczbach, lub też, co gorzej, opiera się li tylko na ogólnikowych wrażeniach autorów. Do prac tej kategoryi zaliczyć należy pracę statystyczną urzędowego komitetu Królestwa, ogłoszoną w roku bieżącym pod tyt.: »Trudy warszawskawo staticzeskawo komiteta« (Warszawa, 1907). Autor tej pracy, prof. Jesipow, opierając się na źródłach urzędowych, dotyka w rozdziale o ogólnej śmiertelności i suchot płucnych, podając dla kilkudziesięciu miast i miasteczek śmiertelność z tej choroby. Liczby jednakże, podane przez autora, oparte są na registracyi, nie obowiązującej na prowincyi i do tego u ludności, której ogromny odsetek, jak sam autor zaznacza, nie zasięga porady lekarskiej. Stąd i dane i wnioski autora wypadają niezwykle dziwnie i tak naprzykład: w Płocku z ogólnej liczby 524 umarłych wogóle, na suchoty wypadło 56, w Radomiu z 661 — 91, w Lublinie na 1,695 — 292, w Kielcach na 788 wypadło 111. Tymczasem n. p. w Miechowie miało umrzeć na suchoty w ciągu roku 1906 tylko dwie osoby z liczby 88 zmarłych, w Kolnie 1 na 44 zmarłych i t. p. Naturalnie najmniejszej wątpliwości nie ulega, że liczby te są nieścisłe. Bardziej jeszcze ulegają temu zarzutowi wnioski autora, dotyczące śmiertelności z suchot w całym kraju, wyprowadza on bowiem współczynnik śmiertelności 5,5‰, opierając się nie na ścisłej registracyi, która jest niemożliwą, lecz na podstawie stosunku śmiertelności z suchot do innych wogóle chorób, podawanych w statystycznych sprawozdaniach lekarzy. By się przekonać, o ile rachunek ten

musi być błędnym, dosyć spojrzeć na tablicę autora, pomieszczoną na stronicy 94, w której podaje, że na 1,000 mieszkańców zasięgało porady u lekarzy: w Warszawie 724, w gubernii Piotrkowskiej 143, Siedleckiej 78, Warszawskiej 64, Łomżyńskiej 49, Radomskiej 44, a Kaliskiej i Suwalskiej 37. To jest najlepszą ilustracyą, jak niewielką wartość może mieć ta statystyka. Bardziej jeszcze, bo już zupełnie na fantazyi, są oparte przypuszczenia autora, n. p. że śmiertelność wyższa, niż średnia dla Królestwa, spostrzegana w trzech powiatach gubernii Lubelskiej, t. j. Lubelskim, Zamojskim i Tomaszewskim, zależna jest od formacyi kredowej i trzeciorzędnej, które sprzyjają rozwojowi suchot (!!), w powiecie zaś Ostrowskim i Szczucińskim gubernii Łomżyńskiej autor zwiększoną śmiertelność z suchot stawia w związku z nizkiem położeniem i wilgotnością gruntu tych miejscowości. Jedynie, mówiąc o znacznie zwiększonej śmiertelności z suchot w gubernii Piotrkowskiej, możnaby się zgodzić z autorem, że jest ona zależną od bardzo rozwiniętego w tej gubernii przemysłu fabrycznego.

Jedynie dla Księstwa poznańskiego posiadamy poniekąd o wiele dokładniejsze dane, dzięki pruskiemu systemowi ścisłej statystyki, wprowadzonej tamże nietylko w miastach, ale i na całym obszarze kraju. Zestawił je szczegółowo dr Karwowski z Poznania na IX. Zjeździe lekarzy w Krakowie. W całem Księstwie umiera średnio na rok 17,3 (1897 r.) na 10,000 m., co stanowi objaw niezwykle korzystny w porównaniu z Galicyą. Natomiast samo miasto Poznań dało liczbę stosunkowo wysoką, bo aż 31,5‰, to jest przypominającą śmiertelność Krakowa lub Lwowa.

Aczkolwiek więc, jak z wyż wyłożonego okazuje się, nie posiadamy w Królestwie ścisłych danych, odnoszących się do szerzenia się suchot, to niemniej z zestawienia dotychczasowych w tym kierunku prac i doświadczenia, zaczerpniętego u lekarzy szpitalnych i prowincyonalnych, dojść można do stanowczego wniosku, że suchoty u nas nietylko w miastach i miasteczkach, lecz i pośród ludności wiejskiej szerzą się ogromnie, stanowiąc nie mniejszą klęskę, niż na zachodzie Europy. I słusznie też i obecny Zjazd lekarski, podobnie jak poprzedni, sprawę zapobiegania szerzeniu się tej strasznej plagi postawił na porządku dziennym. Jak jej zapobiedz, jak z nią walczyć skutecznie? Czy na drodze niszczenia źródła zarazka gruźliczego, co zdawałoby się pozornie sprawą najistotniejszą, czy na usuwaniu usposobienia do zapadnięcia na tę chorobę, kładąc główny nacisk, jak to chcą niektórzy autorowie, na wzmacnianie odporności ustroju? Obydwie te podstawowe teorye walki z gruźlicą, aczkolwiek niezależne od siebie, w istocie jednakże są ściśle z sobą związane, jedynie bowiem zespolenie na drodze wielce mozolnej i bardzo konsekwentnej i wytrwałej pracy całych pokoleń wspólnie z udziałem rządów może być w przyszłości uwieńczone pomyślnym skutkiem, o czem najlepiej poucza doświadczenie, oparte na ścisłych danych w Anglii, w której śmiertelność z suchot płucnych stale się zmniejsza w ten sposób, że w okresie między rokiem 1851 a 1895 spadła ona przeszło o 49%, idąc równomiernie niemal ze spadkiem śmiertelności ogólnej, a przedewszystkiem z chorób zakaźnych. Spadek ten śmiertelności ujawnił się w Anglii w okresie, kiedy jeszcze nie przedsiębrano żadnych środków w kierunku profilaktyki, specyalnie skierowanej przeciw gruźlicy, a stosowano jedynie środki ogólno-państwowe ku podniesieniu ogólnych warunków higienicznych, szczególniej u ludności biednej. W Anglii zrozumiano już przed laty kilkudziesięciu, że chcąc walczyć skutecznie z gruźlicą, nie można stosować jakichś środków, jeśli się tak można wyrazić, zdawkowych, ograniczać się na ogólnej filantropii, lub bezradnie załamywać ręce, twierdząc, że wobec choroby tak rozpowszechnionej i będącej w tak ścisłym związku z nędzą społeczną, jesteśmy zupełnie bezsilni, a wszelkie nasze usiłowania w tym kierunku będą tak zw. kroplą w morzu. Anglicy, trzeźwo i praktycznie patrząc na rzeczy, zrozumieli jasno, że w chorobie, mającej swe źródło w wadliwym ustroju społecznym warstw najbiedniejszych, całe społeczeństwo winno pomyśleć o gruntownych reformach, a przedewszystkiem budować od podstaw przez wydanie odpowiednich praw sanitarnych, chroniących biedną ludność od stałego przebywania wśród złych warunków higienicznych. Historya rozwoju owych fundamentalnych praw sanitarnych w Anglii jest wielce ciekawą. I w tym nawet kraju prawodawstwo w kierunku pomienionym miało do zwalczenia niesłychane trudności, oparte na konserwatyzmie jednych, niechęci drugich, braku wiary w skuteczność ustaw u trzecich, a wreszcie na obawie zatracenia na marne olbrzymich sum, które tego rodzaju reformy bezwarunkowo pociągnąćby musiały. Brak miejsca i czasu nie pozwala mi nawet na pobieżne streszczenie historycznego rozwoju tej wielce ciekawej pracy, rozpoczętej w r. 1837 przez wydanie aktu o obowiązkowej registracyi zejść śmiertelnych w całem państwie. Wyniki tej pracy uwydatniły niezbicie fakt, że zwiększenie śmiertelności pozostaje w ścisłym związku z zaniedbaniem elementarnych podstaw higienicznych i doprowadziły do wydania w 1848 r. pierwszego prawa, odnoszącego się do zdrowia publicznego z wytworzeniem centralnego urzędu zdrowia z atrybucyami administracyjnemi, z naznaczeniem w każdej gminie inspektorów i nadzorców zdrowia, posiadających władzę nadzorczą i wykonawczą. Prawo to, stanowiące olbrzymi postęp w kierunku poprawy zdrowotności publicznej, stosowane było z początku tylko w gminach, które wykazywały nadmierną śmiertelność, lub same żądały zastosowania tego prawa i dopiero w r. 1891 prawo to zostało zastosowane jako obowiązujące cały kraj, tak miasta, jak wsie i miasteczka. Akt ten prawodawczy, zwany »Public health London act«, stanowił podwalinę praw zdrowotnych angielskich i wzór, który naśladowały i na którym wzorują się prawodawstwa innych państw. Nie możemy tutaj nawet pobieżnie rozbierać szczegółów tego wiekopomnego aktu, nadmienimy tylko, że cel przewodni prawa, polegający na uzdrowotnieniu miast i wsi, polega na usuwaniu drogą prawodawczą wszystkich tych czynników, które mogą szkodzić zdrowiu nietylko całych grup, ale nawet pojedynczego osobnika. I tak: do kategoryi tych czynników szkodliwych prawodawca zalicza: każdy dom, lub grunt, który wskutek swoich złych warunków higienicznych może wywierać wpływ szkodliwy na mieszkańców, lub ich sąsiadów, każde miejsce ustępowe, kloakę, wodozbiór i t. p., które wskutek zanieczyszczenia, lub wadliwego urządzenia szkodliwie oddziałać mogą na zdrowotność ogólną, zgromadzenie odpadków lub znacznej ilości pyłu, niedostateczne i niedokładne zaopatrzenie w dobrą wodę domu mieszkalnego, nadmierne przepełnienie domu lub jego części mieszkańcami, nieodpowiednie pod względem

higienicznym urządzenia fabryk lub warsztatów, młyny, fabryki, kominy, wydzielające dużo sadzy i t. p. Takie to czynniki szkodliwe mają obowiązek wykrywać umyślnie ustanowieni urzędnicy zdrowia i zmuszać drogą sądową do ich usuwania lub poprawy. W razie zaś niewykonania poleceń spełniane bywają one na koszt właściciela posesyi. Oprócz tego prawo powyższe wymaga, aby każda miejscowość zamieszkała była zaopatrzona w dobrą wodę do picia, żąda asanizacyi miejsc ustępowych, wymaga również ścisłego nadzoru nad dobrocią produktów spożywczych, nad chorobami zaraźliwemi. Dopiero po ogłoszeniu tych praw rozpoczęły się w Anglii gruntowne prace na polu poprawy zdrowotnych warunków kraju. Zaczęto kanalizować miasta, burzyć całe niezdrowe dzielnice w Londynie i innych wielkich miastach, zakładać place, ogrody, skwery, budować dla robotników zdrowe domy i t. p. Państwo i gminy wydały w tym celu w ciągu lat 15 (1875 a 1890) przeszło sto milionów funtów szterlingów (miliard rubli). Olbrzymi ten wydatek, poniesiony w interesie li tylko zdrowia publicznego, okazał się w skutkach niezwykle dobroczynny. Ogólna bowiem śmiertelność spadła z 23 na 17 na 1,000, śmiertelność zaś z suchot z 24 spadła na 17 na 10,000. Powyższe dane, zaczerpnięte ze ścisłych statystyk angielskich, powinny nam służyć za drogowskaz, jakiemi drogami powinno się rozpoczynać i prowadzić walkę z gruźlicą. Walka ta w podstawowych i najkapitalniejszych swoich elementach nie różni się w niczem od walki z innemi chorobami zakaźnemi. A opierać się powinna przedewszystkiem na poprawie warunków zdrowotnych (sanitarnych) całej ludności drogą odpowiedniego państwowego prawodawstwa z jednoczesnem asygnowaniem z funduszów publicznych odpowiednich sum, jako darowizny lub pożyczki dla tych gmin, które owych, zawsze bardzo kosztownych urządzeń, nie mogą wprowadzić z własnych funduszów.

Z dzielnic naszego kraju jedynie w Księstwie poznańskiem obowiązuje częściowo prawodawstwo w tym kierunku, oparte na wzorach angielskich. Stąd też w tej dzielnicy zdrowotność podnosi się stale, a śmiertelność z chorób zakaźnych, jakoteż z gruźlicy się zmniejsza. W Galicyi, a szczególniej w Królestwie, brak podobnego prawodawstwa jest przyczyną wysokiej śmiertelności z gruźlicy. Stąd też obowiązkiem Zjazdów lekarskich będzie: zawsze i stale formułowanie wniosków, dążących do wydania odpowiednich praw, będących podstawowym czynnikiem w walce z gruźlicą.

(C. d. n.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

O sprawności serca i o jej ocenianiu.

Skreślił

Prof. Dr Ludomił Korczyński.

(Dokończenie).

Nie małe znaczenie może mieć przy badaniu wpływ układu nerwowego na krążenie, na nerwy naczynioruchowe. Przez ten wpływ powstawać mogą takie zmiany, że niepodobna badania dokonać. Trafia się to zwłaszcza u kobiet nadmiernie wrażliwych i wstydliwych. Ale w okresie zdrowienia po niektórych chorobach zdarzyć się może i u mężczyzn nadmierna pobudliwość naczynioruchowa, a wtedy powstają przy badaniu zmiany w krążeniu, dla dokładnego ocenienia istotnego stanu bardzo niepożądane.

Prostszym od wszystkich sposobów, o których dotąd mówiliśmy, jest sposób, polegający na śledzeniu wpływu, jaki na czynność serca wywiera zmiana położenia ciała. Znaną jest rzeczą, że u osób leżących uderza serce najrzadziej, a parcie jest najwyższe. U osób stojących opada nieco parcie, a podnosi się liczba tętna. W warunkach prawidłowych, t. j. u ludzi zdrowych, zmiany te są nieznaczne. Inaczej bywa u chorych. Tu proste podniesienie się w łóżku wywołać może tak znaczne przyspieszenie tętna i obniżenie parcia krwi, tak że chorzy wprost doznają bicia serca, uczucia niepokoju i zmieniają się widocznie. Ale na to potrzeba już bardzo znacznego osłabienia mięśnia sercowego i właściwie zbyteczne są osobne sposoby badania, aby takie osłabienie poznać, a objawy, które od niego zależą, właściwie ocenić.

W ostatnich już czasach wystąpił Poczobut[5]) z propozycyą, aby o sile mięśnia serca tworzyć sobie pojęcie na podstawie różnicy między ciepłotą ciała, mierzoną pod pachą, a ciepłotą, oznaczoną w pochwie lub odbytnicy. Spostrzeżenia swe i wnioski przedstawił Poczobut w dłuższej pracy, opartej na wcale znacznym materyale. Ostateczny wynik badań jest ten, że w przebiegu chorób zakaźnych z chwilą słabnięcia serca, lub też z chwilą, gdy serce objęte zostaje zakażeniem bezpośrednio, wynosi różnica między ciepłotą zewnętrzną a wewnętrzną najmniej 1° C, często więcej.

Prosty i łatwy sposób badania, podany przez Poczobuta, zasługiwał w każdym razie na uwagę i dokładniejsze rozpatrzenie. Dlatego w całym szeregu przypadków, gdzie serce było niewątpliwie chore, poleciłem mierzyć przez pewien czas ciepłotę pod pachą i w odbytnicy. Kilka z tych spostrzeżeń przytoczę dla przykładu.

1. J. Z. *Insuff. v. bicuspid. et vv. semilun. aortae, pericarditis. — Mors.*

Dzień	4. V.			5. V.			
Godzina	6	3	7	6	12	3	7
Ciepłota w pasze .	36,6	36,4	36,6	36,0	37,2	36,4	37,5
Ciepłota w odbytn.	37,0	37,3	37,0	36,4	37,6	37,0	37,8

2. R. T. *Pyaemia puerperalis, endocarditis. Mors.*

Dzień . . .	21. V.						22. V.			
Godzina . .	6	9	12	3	6	9	6	9	12	9
Ciepł. w pasze	36,4	36,0	36,4	38,4	37,6	37,0	38,2	37,6	38,3	37,0
Ciepł. w odb.	37,3	37,6	37,8	38,6	38,2	37,5	38,6	38,0	38,6	37,5

3. M. K. *Insuff. v. bicuspid. Tuberculosis pulmonum.*

Dzień	7. V.			10. V.		
Godzina	8	12	9	6	3	9
Ciepłota w pasze .	36,5	37,5	37,0	37,2	37,4	37,8
Ciepłota w odbytn.	37,7	38,4	38,0	37,8	38,0	38,4

4. J. B. *Myocarditis.*

Dzień	21. V.			22. V.			
Godzina	10	3	7	6	11	4	9
Ciepłota w pasze .	36,5	36,5	36,3	36,2	37,1	36,8	36,7
Ciepłota w odbytn.	37,4	37,5	37,0	37,3	38,0	37,3	37,9

Liczba tętna tej chorej leżącej 76, siedzącej zwiększa się o 12.

5. P. T. *Myocarditis, emphysema pulm., bronchitis.*

Dzień	24. V.			25. V.		
Godzina	9	12	3	6	9	7
Ciepłota w pasze .	36,3	36,2	36,5	36,0	36,3	36,2
Ciepłota w odbytn.	37,1	37,2	37,2	36,6	37,0	36,9

---

[5]) Lwowski Tygodnik lekarski, 1907, Nr 9, 10, 11.

6. J. K. *Myocarditis, bronchitis. Mors.*

Dzień	4. IV.		5. IV.		5. IV.		7. IV.	
Godzina . . .	6	3	6	3	6	3	6	3
Ciepł. w pasze .	36,9	37,1	36,8	36,3	36,1	36,4	36,5	36,3
Ciepł w odbytn.	37,7	38,1	37,4	37,0	36,7	37,0	37,3	37,2

W przytoczonych spostrzeżeniach widać istotnie dość znaczne różnice między ciepłotą w pasze, a ciepłotą w odbytnicy, ale nie są one zawsze i wszędzie tak bardzo wybitne, jakby się można było spodziewać na podstawie sprawozdania Poczobuta. Najważniejsze jednak, to to, że różnice te nie są stałe.

Nieco stalsze zmiany widziałem u chorych, którzy w toku grypy przebyli zapalenie płuc, a przytem okazywali w okresie zdrowienia znamiona pewnego osłabienia serca. U nich wynosiła istotnie różnica między ciepłotą wewnętrzną, a zewnętrzną zwykle około 1° C. Dwa z takich spostrzeżeń objaśnią to w liczbach.

1. M. K. *Reconvalescentia post pneumon. in decursu influenzae.*

Dzień	23. V.				24. V.
Godzina	10	12	3	6	10
Ciepłota w pasze . . .	36,1	36,0	36,2	36,2	36,3
Ciepłota w odbytnicy .	37,0	37,0	37,3	37,1	37,4

2. J. B. *Reconvalescentia post pneumoniam in decursu influenzae.*

Dzień	21. V.			22. V.		
Godzina	8	12	1	8	12	7
Ciepłota w pasze .	36,4	36,2	36,7	36,0	36,2	36,4
Ciepłota w odbytn.	37,5	37,1	37,8	37,0	37,3	37,2

W pierwszym z tych przypadków wynosiła liczba tętna w położeniu poziomem 48, u chorego siedzącego podnosiła się do 54; po dwukrotnem podniesieniu w łóżku wzrosła nawet do 68. W drugim przypadku znaleziono w tych samych warunkach liczbę tętna 88, 100 i 120.

Przykłady, które przytoczyliśmy, wystarczą, aby pokazać, że porównawcze mierzenia ciepłoty posiadają pewną wartość, że dostarczać mogą niejakich wskazówek dla ocenienia chwilowego stanu serca. Zwłaszcza wynik dodatni, t. j. pojawianie się wyraźnej różnicy między ciepłotą w pasze i w odbytnicy, może służyć za oznakę osłabienia serca. Wynik ujemny po jednorazowem, a nawet parokrotnem mierzeniu nie dowodzi jeszcze niczego, gdyż może zależeć od przyczyn czysto miejscowych. W każdym jednak przypadku trzeba oceniać rzecz oględnie i liczyć się z wpływem warunków zewnętrznych, a przedewszystkiem zwracać uwagę na wilgotność, a więc i parowanie skóry, a dalej na stan błony śluzowej odbytu, wypełnienie kiszki kałem itd. Badania tego rodzaju, o ile mi się zdaje, byłoby wszakże najlepiej ograniczyć do przypadków chorób zakaźnych, a nie rozszerzać ich wcale na przypadki chorób serca w ściślejszem tego słowa znaczeniu.

Mimochodem wspomnimy jeszcze o sposobie Herza. Polega on na tem, że badana osoba z całem natężeniem uwagi zgina bardzo powoli przedramię. Toześrodkowanie uwagi ma działać w ten sposób, że u osób z sercem słabem zwalnia się tętno, ze zdrowem przyspiesza.

Własnego doświadczenia, opartego na większej liczbie spostrzeżeń, nie posiadam w tym kierunku. Ale w tych niewielu przypadkach, które w powyższy sposób badałem, nie mogłem żadną miarą dostrzedz wybitnych różnic. Wpływ widziałem tylko u osób bardzo wrażliwych. Ale u tych już głośno wypowiedziane zdanie, czy jakakolwiek inna podnieta, wystarczy, aby serce inaczej zaczęło uderzać.

Na tem, co dotychczas powiedzieliśmy, kończy się zakres najważniejszych i najprostszych sposobów badania siły mięśnia sercowego. O innych, bardziej złożonych, wymagających więcej czasu, wprawy i urządzeń, jak np. o kryoskopii [6]), mówić nie będę, gdyż sposoby te mają znaczenie więcej w klinice, niż w praktyce. A nie można żadną miarą od lekarza wymagać, aby dla jednego określenia poświęcał parę godzin czasu, tembardziej, skoro do celu dojść może krótszemi i prostszemi drogami. Ale stanowczo żądać można i trzeba, aby te prostsze i łatwiejsze sposoby znał dokładnie i używał ich w każdym przypadku, gdzie poznanie siły serca jest z jakichkolwiek powodów potrzebne. Tylko pod tym warunkiem ustrzedz się można przed niemiłemi niespodziankami, badanych przed niepowetowaną niekiedy szkodą, a w leczeniu chorób serca przed szablonowem zapisywaniem lekarstw i bezkrytycznem polecaniem sposobów leczenia.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Vogel. **Dalsze doświadczenia nad działaniem podskórnych wstrzykiwań fizostygminy celem pobudzenia ruchu robaczkowego.** (*Mitteil. aus d. Grenzgeb.* T. 17, Z. 5). Wstrzykiwania fizostygminy pobudzają znacznie ruch robaczkowy jelit i chronią od tworzenia się pooperacyjnych zrostów. Wstrzykuje się jeden miligram, w danym razie w 4—6 godzin drugi. Bardzo dobrze działa fizostygmina w uporczywych wzdęciach i zaparciach po stłuczeniach brzucha. Przed operacyą najlepiej usuwać tylko dawno zalegly kał, a nie bardzo przeczyszczać chorych, bo silne przeczyszczanie wpływa osłabiająco na jelita. *Klęsk.*

Lanz. **Doświadczalne zastąpienie krezki.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 22). L. starał się zbadać doświadczalnie, o ile można krezkę zastąpić siecią, przyszytą do jelita. Zdaje się, że jestto rzeczą możebną, a nawet już raz w praktyce zastosował to L. z dobrym skutkiem. *Klęsk.*

Sauerbruch. **Doszczętna operacya olbrzymich przepuklin pachwinowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24). Wielu operatorów nie podejmuje się nawet zabiegu przy olbrzymich przepuklinach, wychodząc z założenia, że wyniki po operacyi są złe, bo poprostu niema miejsca w jamie brzusznej na odprowadzone jelita, operacya sama jest nieraz trudna. Chorzy tacy potrzebują jednak koniecznie pomocy, a olbrzymie nawet przepukliny można operować, stosując przedtem przedwstępne leczenie, polegające na leżeniu w łóżku (z podniesioną częścią nożną) przez 14 dni przy płynnej dyecie i częstem przeczyszczaniu. Już po 3—4 dniach przepuklina się zmniejsza, jama brzuszna wypełnia się, a jelita przyzwyczajają się powoli do prawidłowego położenia. Czasem przygotowanie to trzeba dłużej przeciągnąć. W ten sposób operował autor 8 chorych w znieczuleniu lędźwiowem. Cięcie prowadzić należy duże, nie starać się o zupełne uwolnienie worka, by uniknąć krwiaków. Celem usunięcia napięcia przy szyciu dobrze jest przesunąć dolny koniec mięśnia prostego, oddzieliwszy jego przyczep, i przyszyć do więzadła Pouparta. *Klęsk.*

Schoemaker. **W sprawie techniki szwu jelitowego.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 8). Wbrew zapatrywaniu Freya, który boczne połączenie jelita uważa za najkorzystniejsze, Sch., opierając się na spostrzeżeniach własnych u ludzi i doświadczeniach na psach, oświadcza się stanowczo za szwem okrężnym. Niedogodności przy łączeniu brzegów jelita w okolicy krezki, gdzie blaszki błony surowiczej silnie się rozchylają po przecięciu jelita i nie dają należytego pokrycia surowiczego przy zakładaniu szwu, omija Sch. w ten sposób, że najprzód zakłada dwa szwy węzełkowe, pokrywając błoną surowiczą miejsca obnażone

[6]) Obszerniejszą pracę o kryoskopii ogłosił w roku 1902 Cz. Otto w »Kronice lekarskiej« i podał w niej wyniki swych badań sprawności serca i nerek.

z niej, jak gdyby chciał zaszyć światło jelita. Następnie odcina przy jednym końcu jelito krótko, szwem zaś od drugiego końca jelita szyje w dalszym ciągu okrężnie poszczególne warstwy jelita, lub całe jelito, w końcu szwem zewnętrznym błonę surowiczą. Szew ten na jelicie cienkiem jest bardzo łatwy, trudny natomiast jest na jelicie grubem z powodu silnego rozchylenia się blaszek błony surowiczej. Wyniki miał Sch. zawsze zadawalniające. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Vogel. **Stosowanie guzika Murphyego na jelicie grubem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 22). Na podstawie swych spostrzeżeń przestrzega V. przed stosowaniem guzika Murphyego na jelicie grubem. Zatyka on się tam często kałem, jelito powyżej guzika rozdyma się silnie, łatwo tworzy się odleżyna i przedziurawienie. Guzik Murphyego może mieć zastosowanie tylko w górnych częściach przewodu pokarmowego, t. j. tam, gdzie treść jelit jest płynna. *Klęsk.*

Storp. **Rozległe wycięcie jelita cienkiego.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 87, Z. 4—6). S. wyciął u 21-letniego chorego z powodu mięsaka 510 cm. jelita cienkiego. Dotąd opisano przeszło 21 wyleczonych przypadków rozległego wycięcia jelita (ponad 200 cm.). Jeżeli reszta jelit jest prawidłowa, można, zdaniem S., śmiało usunąć przy operacyi $^2/_3$, a nawet i więcej długości jelit. *Klęsk.*

Blumberg. **Pewien rozpoznawczy objaw przy zapaleniu kątnicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24). W tymczasowem doniesieniu podaje autor nowy objaw ograniczonego zapalenia otrzewnej, polegający na tem, że ucisk na zajęte miejsce jest wprawdzie bolesny, ale daleko boleśniejsze jest nagłe odjęcie uciskającej ręki. Gdy sprawa przebiega mniej ostro, bole przy przyłożeniu i przy odjęciu ręki są sobie równe, gdy ustępuje choroba, ból przy nagłem odejmowaniu ręki jest bardzo mały, a gdy sprawa jest przewlekłą, niema wcale bolu przy odjęciu ręki. Objawem tym kieruje się autor z bardzo dobrym wynikiem, zwłaszcza w ocenie przebiegu i natężenia zapalenia wyrostka robaczkowego. *Klęsk.*

Barącz. **O rodzaju cięcia przy wycinaniu wyrostka robaczkowatego i o cięciu bocznem kiszki grubej.** (*Zentralblatt f. Chir.* Nr 12, 1007). W celu uniknięcia przepuklin w bliznach po zabiegach na wyrostku robakowatym, zaleca B. na podstawie spostrzeżeń, zebranych przez siebie w Ameryce i kilku własnych przypadków t. zw. cięcie międzymięśniowe, podane przez Mc. Burneya w r. 1894. Cięciem skośnem, długości 8—10 ctm., w odległości mniej więcej 3 ctm. od górnego kolca kości biodrowej, wzdłuż włókien m. skośnego zewnętrznego, dochodzi się do powięzi tego mięśnia, rozdziela na tępo jego włókna i powięź, poczem również na tępo, prostopadle do cięcia rozdziela się mięsień skośny wewnętrzny i poprzeczny, nakoniec przecina się powięź poprzeczną i otrzewnę na długości $2^1/_2$ ctm. Cięcie to w miarę potrzeby rozszerza się, rozdzielając włókna mięśni głębokich i nacinając ich powięzie. Po usunięciu wyrostka szyje się katgutem każdą część dla siebie, a skórę jedwabiem. W trudniejszych warunkach poleca R. F. Weir przeciąć odsłoniętą powięź m. skośnego zewnętrznego i prostego aż ku linii białej, odsunąć m. prosty ku linii środkowej, a wtenczas dostęp do jamy brzusznej jest bardzo wygodny; po zabiegu szyje się również każdą blaszkę z osobna. Sposób ten nadaje się także doskonale przy zabiegach na kiszce grubej w każdej okolicy i przy wytwarzaniu odbytu sztucznego, przyczem ułożenie mięśni daje się wyzyskać jako zwieracz, wreszcie przy sprawach ropnych, i nie ustępuje w niczem cięciu zygzakowatemu Riedla. *Kasprzyk* (Berlin).

Sudeck. **Unaczynienie odbytnicy ze względu na pooperacyjną zgorzel.** (*Münch med. Wochs.* 1907, Nr 2). Tętnica krezkowa dolna dzieli się na gałąź, zaopatrującą kiszkę i na tętnicę odbytniczą górną, która głównie zaopatruje odbytnicę. Przy ściąganiu odbytnicy w dół trzeba często jednak ją przeciąć, by uruchomienie było zupełne. W pewnym punkcie, na rycinach dokładnie przez autora zaznaczonym, odchodzi ostatnia gałąź, tworząca boczne połączenia tętnicy odbytniczej górnej; podwiązywać można ją też tylko powyżej tego krytycznego punktu, co można wykonać na pewno jedynie drogą brzuszną. Sposób brzuszno-kroczowy operacyi raka odbytnicy uważa też autor za najodpowiedniejszy, choć, jak obecnie, daje on jeszcze dość niepomyślne wyniki. *Klęsk.*

Ed. Schwartz. **Zwężenie odbytnicy, zwane kiłowem.** (*Presse méd.* Nr 47, 1907). Z okazyi przypadku zwężenia odbytnicy u 33-letniej kobiety, u której S. stwierdził wyraźne zmiany kiłowe, omawia S. sprawę tego cierpienia. S. zwraca uwagę, że nietylko kiła, ale czasem i gruźlica może być powodem zwężeń odbytnicy, które od czasu prac Fourniera zawsze przez wszystkich za kiłowe są uważane. S. odróżnia dwa okresy cierpienia: 1) zapalenie ściany odbytntcy, a 2) zwężenie. Zwężenie radzi S. rozszerzać stopniowo mechanicznie (świeczki Hegara), a gdy to nie wystarcza, pozostaje zabieg operacyjny. Jeśli zwężenie jest pierścieniowe, radzi S. rektoplastykę, którą wykonywa na wzór pyloroplastyki, nacinając odbytnicę podłużnie, a szyjąc poprzecznie. Jeśli zwężenie jest kilka centymetrów długie, radzi S. nacięcie zwężenia (rektotomię). *Stahr.*

Axisa. **W sprawie rozpoznawania ropnia wątroby.** (*Zentralbl. f. innere Med.* 1907, Nr 13). Jestto zasługą Zankarola, że stosowane dawniej nie wystarczające nakłucie ropni wątroby zastąpiono operacyę doszczętną. Śmiertelność jednak dotąd dochodzi do 50 prc., a prawie wszyscy jako przyczynę tego podają zbyt późne rozpoznanie, co pochodzi stąd, że wszystkie objawy ropnia są niestałe i niepewne; nawet nakłucie może wypaść ujemnie, pomijając już połączone z niem niebezpieczeństwo zakażenia, lub gdy zamiast ropnia, napotka się bąblowca. To też Petritis radzi w trudnych przypadkach udostępnić wątrobę dla badania ręcznego zapomocą odpowiedniego cięcia. W przypadkach tych (około 80 prc.), w których hyperleukocytoza występuje obok powiększenia wątroby, można z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznawać ropnia wątroby, atoli i te dane w wielu razach zawodzą z łatwo zrozumiałych względów. W braku objawów fizycznych, badanie czynności wątroby łącznie ze stwierdzeniem hyperleukocytozy dostarcza podstaw rozpoznawczych. Wiadomo, że przy zaburzeniach czynności wątroby ilość NH_3 w moczu w stosunku do ogólnej ilości N się zwiększa, ilość U zaś zmniejsza. A. dowodzi na 20 przypadkach ropni wątroby, że ilość NH_3 w stosunku do ogólnej ilości N bywa znacznie zwiększona (14—18 prc.). Równowaga N jest przy ropniu wątroby mimo zwiększonej ilości NH_3 utrzymana, ilość U jest stosunkowo i bezwzględnie zmniejszona. Jeżeli więc w chorobie gorączkowej wystąpi zwiększenie się NH_3, którego N wynosi 10—15 prc. ogólnej ilości N w moczu, przytem brak straty N, nieodpowiadający tej ilości NH_3, a nadto stosunkowo i bezwzględnie zmniejszona ilość U, należy rozpoznawać niedomogę wątroby, wywołaną zmianami anatomicznemi tego narządu. Potwierdzenie tego można następnie znaleźć w lewulozuryi pokarmowej, liczne bowiem badania dowiodły, że występuje ona w 85 prc. chorób wątroby, szczególnie zaś przy ropniach już po dawce 30—40 gr. w bardzo silnym stopniu. W kilku przypadkach, gdzie wszelkie inne objawy ropnia zawiodły, leukocytoza, zwiększona ilość NH_3, a zmniejszona względnie i bezwględnie ilość U, łącznie z lewulozuryą, pozwoliły autorowi napewno rozpoznać ropień. *Kasprzyk* (Berlin).

Heineke. **Leczenie przetok trzustki.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 10). Po operacyach i urazach trzustki pozostają często uporczywe przetoki, za których przyczynę należy uważać działanie trawiące soku trzustkowego. Zgodnie z doświadczeniami Pawłowa na psach stwierdził u człowieka Wohlgemuth (Berl. kl. Wochenschrift. 1907, Nr 7), że na zwiększone wydzielanie soku trzustkowego wpływają pokarmy skrobiowate i kwasy, nieco mniej ciała białkowate, natomiast tłuszcze i alkalia znacznie je obniżają. Na tej podstawie poleca Wohlgemuth stosować przy przetokach trzustkowych dyetę taką, jak w cukrzycy i alkalia, jak dwuwęglan sodowy. Skuteczność tego postępowania stwierdził W. na swym chorym. H. zaleca również gorąco to postępowanie, ogłaszając nowy przypadek, w którym przy zastosowaniu tej dyety powiodło się w 3 dniach doprowadzić do zamknięcia przetokę, która uporczywie sączyła już przez kilka tygodni. *Kasprzyk* (Berlin).

Prof. Kausch. **Dotychczasowe dodatnie wyniki stosowania różnicy w ciśnieniu sposobem Sauerbrucha.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). Stosowanie różnicy w ciśnieniu przy operacyach w klatce piersiowej, podane przez Brauera i Sauerbrucha, okazało się rzeczą bardzo użyteczną. Chroni ono przed zakażeniem jamy opłucnej, zwłaszcza gdy płuco jest zakażone, jest bardzo pomocne przy operacyach ropniaków opłucnych i dozwala spokojnie operować w klatce piersiowej. Zmniejszone ciśnienie (Sauerbruch) ma większą podstawę, niż zwiększone (Brauer). Stosowanie różnicy ciśnienia jest konieczne, jeżeli musimy otwierać naraz obie jamy opłucne, zdarza się to jednak rzadko. W zwykłych warunkach można operować bez podanych przyrządów, a powietrze po zamknięciu klatki piersiowej wyssać strzykawką na zewnątrz. *Klęsk.*

Ewald. **Przyczynek do pooperacyjnego leczenia raka sutka.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 14, 1907). Często po operacyi

raka sutka następuje takie upośledzenie ruchów w stawie barkowym wskutek blizn, że operowane nie mogą dosięgnąć ręką głowy, lub rozczesać włosów. E. zapobiega tym ujemnym następstwom w ten sposób, że układa po zabiegu rękę w silnem odwiedzeniu (abdukcyi), unosząc ją ku górze i przywiązując do drążka, umieszczonego w głowach łóżka, przeprowadzając nadto pętlę pod ramię celem lepszego ustalenia w tem ułożeniu. Po 3—4 dniach, gdy operowana na pewien czas może opuścić łóżko, stosuje E. to ułożenie w czasie leżenia. Przy tem postępowaniu bez znacznych dolegliwości uzyskuje się po 2 tygodniach zupełną swobodę wszystkich ruchów, nadto przez napięcie skóry w okolicy pachy zapobiega się gromadzeniu się krwi i wydzieliny z rany. *Kasprzyk* (Berlin).

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Wiertogradow. **Przyczynek do kazuistyki i etyologii chorób udawanych.** (*Izw. Woj.-Mied. Akademii* 1907, styczeń). Na sądowo-lekarski oddział klinicznego szpitala został przyjęty młody żołnierz, skarżący się na bole w lewem jądrze w ciągu 2 lat. Lewa połowa moszny znacznie powiększona; skóra na tem miejscu z przodu mniej zmarszczona, zwykłej barwy. Przy obmacywaniu czuć z przodu zaraz pod skórą równomiernie twardy, dosyć gładki, wypukły ku przodowi, nieregularnie owalny naciek, wielkości dużego migdała; z przodu i góry niema on żadnego związku z jądrem, w dole zaś związek — niejasny. Naciek ten bardzo przypomina gruźlicze zmiany jądra. Przez dalsze badania, osobliwie po ciągłych wannach, udało się dowieść zupełnej niezależności nacieku od narządów, znajdujących się w mosznie. Dla wyjaśnienia sprawy zrobiono próbne nakłucie (chory nie zgodził się na operacyę) i po mikroskopowem i chemicznem badaniu udało się dowieść, że naciek składał się z parafiny. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Leers. **O stosunku nerwic urazowych do miażdżycy tętnic.** (*Viertelj. f. ger. Med.* 1907). Przebieg i postać nerwicy urazowej zależy od najrozmaitszych warunków. Oprócz rodzaju samego urazu działającego doniosłe znaczenie mają: stan duchowy i fizyczny danej osoby w chwili wypadku, jej materyalne położenie, wzruszenia psychiczne, wynikające z niepewności, czy będzie zdolną do pracy i czy sprawa dla niej pomyślnie się zakończy, wreszcie zboczenia ustrojowe wrodzone i nabyte. W szczególności zajmuje się L. wpływem miażdżycy na nerwice urazowe. Trudno jest nieraz odróżnić nerwicę urazową od tej choroby naczyń krwionośnych. Trudność polega na tem, że dla obu spraw cały szereg objawów jest wspólny, jak n. p. pewne nerwobole, porażenia, zaburzenia umysłowe (ogniska krwotoczne mózgu), objawy dusznicy bolesnej i zaburzenia wzrokowe, polegające na dośrodkowem zwężeniu pola widzenia. Również objawy naczynioruchowe i odżywcze (sine zabarwienie skóry, nadmierne zaczerwienienie lub bladość twarzy, uczucie zimna rąk i nóg, wczesne siwienie i wypadanie włosów, ogólny upadek odżywienia) zdarzają się zarówno w nerwicy urazowej, jak i w miażdżycy, wiodąc do t. zw. przez Hucharda »cachexie artérielle«. Orzeczenie, że w danym przypadku miażdżyca jest przyczyną choroby, jest niepewne, bo nawet stwierdzenie jej w tętnicach, dostępnych badaniu, nie dowodzi, że zmienione są również naczynia narządów wewnętrznych. W tych przypadkach, w których prócz miażdżycy istnieją liczne objawy nerwowe, należy orzec, w jakim stopniu uraz jest przyczyną obecnego stanu chorego. Według L. uraz może szkodliwie wpłynąć na już rozwiniętą miażdżycę, bo pod wpływem urazu czy to psychicznego, czy fizycznego, może nagle podnieść się ciśnienie krwi, wiodąc nieraz do krwotoków, lub wytworzenia się tętniaków. Autor przypuszcza, że u ludzi usposobionych stać się może nawet uraz przyczyną rozwoju miażdżycy. Częste jednak są takie przypadki, w których już przed urazem miażdżyca istniała, przebiegała jednak bez objawów, a dopiero pod wpływem urazu i łączącego się z nim wzrostu ciśnienia krwi, wpływy regulujące (przerost serca, ilość płynu mózgowo-rdzeniowego) przestały działać. Miażdżyca rozwija się wogóle powoli, gdy więc objawy jej występują wnet po urazie, należy przypuścić, że już przedtem istniała, pod wpływem urazu jednak spotęgowała się; gdy zaś objawy wystąpią w kilka lat po wypadku, to po wyłączeniu innych przyczyn, można uraz uważać za przyczynę choroby. W obu razach renta z powodu niezdolności do pracy według L. należy się choremu. Ile położyć na karb samejże miażdżycy, ile zaś na karb urazu, zależy od osobistego przekonania orzekającego. *T. Kleczkowski.*

Prof. Litten. **Zapalenie płuc „kontuzyjne".** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 13). Od zapalenia płuc urazowego, należy oddzielić zapalenie płuc t. zw. »kontuzyjne«. Gdy przy pierwszem prawie zawsze stwierdza się obrażenia zewnętrzne klatki piersiowej, to przy drugiem prawie nigdy na powłokach zewnętrznych nie spotyka się żadnych śladów urazu, który zadziałał na klatkę piersiową. Opisano nawet przypadki przedarcia całego płatu płuca bez żadnych powierzchownych obrażeń. Odwrotnie zaś znowu można czasem widzieć zewnętrznie znaczne podbiegnięcia krwawe, gdy płuco zostaje zupełnie nienaruszone. Autor przytacza następujący przykład zapalenia płuc kontuzyjnego: pewien robotnik spadłszy z drabiny, zemdlał; na 3 dzień po wypadku rozwinęło się zapalenie płuc, które 5-go dnia zakończyło się śmiercią. Na zapalenie płuc kontuzyjne częściej zapadają mężczyźni, niż kobiety. Siedziba zapalenia nie jest zależna od miejsca, na które uraz zadziała, bo niejednokrotnie rozwija się zapalenie płuc po stronie wprost przeciwnej. Części płuc, już poprzednio zmienione n. p. gruźliczo, są mniej odporne i szczególnie łatwo ulegają zapaleniu kontuzyjnemu. — Przyczyną zapalenia płuc kontuzyjnego bywa najczęściej upadek z wysokości na podstawę twardą lub w wodę, ściśnięcie klatki piersiowej między wagonami kolejowymi, uderzenia pięścią i t. d., niekiedy podnoszenie ciężarów. Autor podaje 3 takie przypadki. Podnoszenie ciężarów odbywa się przy głębokim wdechu, zamkniętej głośni i ustalonej klatce piersiowej; płuco może przytem ulec łatwo naderwaniu, w następstwie czego rozwinąć się może zapalenie. — Aby można przyznać w tych przypadkach rentę, potrzeba, zdaniem Demutha, dwóch warunków: 1) ażeby zapalenie wkrótce po wypadku się rozwinęło, 2) ażeby płuco było przedtem zdrowe. Przeciw temu drugiemu warunkowi występuje Litten, twierdząc, że renta nie jest premią za chorobę, ale za niezdolność do pracy. Wielu ludzi jest na płuca chorych, a mimoto są oni zdolni do pracy i zarobkowania, a dopiero wypadek staje się przyczyną choroby w tym stopniu, że od pracy na pewien czas muszą się usunąć. Zdaniem Littena należy więc wyłączyć jedynie, czy już przed wypadkiem nie było zapalenia płuc. Związek przyczynowy wypadku z chorobą jest nieraz bardzo trudno ustalić; oczywiście, im rychlej po wypadku zapalenie się rozwinie, tem jest pewniejszem, że jest to zapalenie kontuzyjne. Litten uważa 6 dni za najdalszą granicę, w której wolno zapalenie odnieść do wypadku. Czy uszkodzony mógł jeszcze przez pewien czas pracować, czy nie, jest dla orzeczenia obojętne, bo tak, jak w zwyczajnem zapaleniu, tak i w kontuzyjnem, może uszkodzony w samym początku choroby być jeszcze zdolny do pracy. — Objawy kliniczne kontuzyjnego zapalenia płuc są zupełnie podobne do zwyczajnego zapalenia; plwocina tylko jest może nieco więcej krwawa i mniej ciągliwa. Dwoinki Fränkla lub prątki Friedländera spotyka się zawsze. Czasem do zapalenia płuc dołącza się suche zapalenie opłucnej, nigdy natomiast nie rozwija się znaczniejszy wysięk. Śmiertelność waha się między 7—60 prc. *T. Kleczkowski.*

Gudden. **O poczytalności przy kradzieżach sklepowych.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Przedmiotem kradzieży bywają zwykle rzeczy bezwartościowe dla sprawcy i prawie nigdy nie można wykryć pobudki czynu. Przestępstwa tego dopuszczają się w 99 prc. kobiety, niemal wyłącznie miejskie, przeważnie obciążone dziedzicznie, często dotknięte histeryą i zwykle w okresie miesiączkowania lub ciąży. Jeśli stwierdzi się poprzednio przebywane zaburzenia umysłowe, zwykle okresowe, związane z miesiączkowaniem, uznać należy chwilową niepoczytalność. W przypadkach lekkiej histeryi, gdy kradzież zostanie popełniona poza okresem miesiączkowania, niepoczytalności przyjmować nie można. G. domaga się badania stanu umysłowego u każdego sprawcy kradzieży sklepowej i uwzględnienia w kodeksie stanu psychicznego, w którym nie można stwierdzić bezwzględnej niepoczytalności. *Bujak.*

Ledderhose. **Udawanie i wykrywanie jego w chirurgii uszkodzeń.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 24). W chirurgii uszkodzeń rzadko spotyka się czyste udawanie choroby, a najczęściej przesadzanie istniejącego cierpienia, lub odnoszenie do danego urazu innego dawniejszego cierpienia, n. p. wrzodu żołądka, gruźlicy płuc i t. p. W powstawanie takich chorób wskutek urazu chorzy często święcie wierzą i skargi ich nie są zmyślane, lecz pochodzą z przekonania i dobrej wiary; choremu nie powinno się dawać odczuć, że się w jego skargi nie wierzy. Wykrycie udawania lub przesady zależy w pierwszej linii od ostrożnego, a pilnego badania. Badać się powinno już w tej chwili, gdy chory wchodzi do pokoju, gdy się rozbierze i t. p., to jest wtedy, kiedy przypuszcza, że się nań nie zwraca uwagi. Czasem obejść się nie można bez badania w szpitalu przez kilka dni. Udowodnienie bolesności lub jej zaprzeczenie nie jest rzeczą łatwą, bo brak n. p. przyspieszenia tętna lub rozszerzania

się źrenicy przy ucisku nie wyłącza zupełnie braku bólu. Urazy kręgosłupa wywołują u chorych nieraz w następstwie udawanie cierpień kręgów. Chorzy wtedy rzekomo nie mogą się schylać, gdy im się to rozkaże, a przy ubieraniu n. p. zupełnie dobrze się schylają. U udających schylenie kręgosłupa w stronę zdrową jest swobodne, a tylko w rzekomo chorą niby niemożebne. Rzekome zmiany stawu barkowego objawiają się zwykle rzekomą niemożebnością podniesienia ramion do góry. Wtedy najlepiej kazać się badanemu zgiąć i ręce prosto przed sobą trzymać, a potem tak trzymając ręce wyprostować się. Badać staw powinno się w różnych położeniach ciała, a także i w leżącem. Siły mięśniowej nie można badać dynamometrem, lecz najlepiej przez ściskanie ręki badanego swoją, przyczem bezwiednie każdy człowiek stawiać musi pewien opór. Staw biodrowy badać najlepiej co do ruchów w odwiedzeniu i skręceniu na zewnątrz.

Klęsk.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 26. marca 1907 r.

1) Otto wygłosił rzecz p. t. **Zmiany anatomiczno-patologiczne w kępach i gruczołach krezkowych przy durze brzusznym**, opisując zmiany drobnowidowe w sposób następujący: W I tygodniu zmiany w kępkach i pojedynczych gruczołach limfatycznych sprowadzają się do miąższowego zmętnienia i częściowego obumarcia kosmków, potęgującego się ku końcowi pierwszego tygodnia. Kosmki na przestrzeni pomiędzy kępkami i pojedynczymi gruczołami limfatycznymi bez nabłonka, a znajdujące się w bliskości kępek, częściowo obumarłe. W błonie mięsnej śluzówki (*muscularis mucosae*) komórki plazmatyczne małe i małe limfocyty. Grudki limfatyczne i przestrzenie międzygrudkowe ulegają dość mocnemu bujaniu, hyperplazyi. Bujanie to zależy od rozmnożenia się komórek plazmatycznych; w grudkach komórki plazmatyczne zbierają się przeważnie w zatoce chłonnej (*sinus*), a w przestrzeniach międzygrudkowych są one mniej więcej równo rozmieszczone. Podśluzówka początkowo bez widocznych zmian, w końcu tygodnia ulega także rozrostowi, związanemu ściśle z nagromadzeniem się i tutaj komórek plazmatycznych. Naczynia krwionośne mniej lub więcej rozszerzone i przepełnione krwią i dlatego martwicy, spostrzeganej w I tygodniu, nie można objaśniać brakiem odżywczego materyału, jak to dotąd mniemano, a tylko wpływem toksyn lasecznika Ebertha. Laseczniki te znajdowano przeważnie w drogach chłonnych. — W II tygodniu bujanie zapalne w blaszkach i gruczołach pojedynczych limfatycznych bywa jeszsze silniejsze i zależy od tych samych czynników, co i w I tygodniu. Naczynia krwionośne rozszerzone i przepełnione mniej lub więcej krwią. Martwica wyrażona silniej, niż w I tygodniu, i zależy od tych samych czynników, co i tam. Na miejscach obumarłych całe kolonie saprofitów; laseczniki durowe w postaci dość silnie rozwiniętych kolonii przeważnie rozmieszczone w podśluzówce. Warstwa mięśniowa zgrubiała wskutek rozwinięcia się w niej komórek plazmatycznych. — W III tyg. po odpadnięciu strupa wytwarza się wrzód durowy z ostrymi podminowanymi brzegami i nierównem dnem; w okresie tym często krwotoki i przedziurawienie jelita. Oprócz wrzodów na niektórych kępkach rozwija się sprawa zanikowa dzięki częściowemu obumarciu i zwyrodnieniu tłuszczowemu składników postaciowych kępek. Kępki te stopniowo zmniejszają się; wrzodów durowych na nich nie bywa. — W IV tygodniu następuje z jednej strony zabliźnianie się wrzodów, z drugiej zaś strony dalszy rozwój sprawy zanikowej na kępkach bez owrzodzeń. Owrzodzenia durowe zabliźniają się i pokrywają nabłonkiem, narastającym z sąsiedniego gruczołu Lieberkühna; grudek limfatycznych na bliznach po owrzodzeniu durowem nie bywa. Zwężenia światła przy zabliźnianiu się wrzodów durowych nigdy nie bywa. W rozwoju sprawy zanikowej przyjmują czynny udział wielojądrzaste leukocyty i komórki plazmatyczne, odgrywając tutaj rolę nekrofagów. Sprawa ta nie doprowadza nigdy blaszek do ich pierwotnego stanu. Nawrót związany jest z powtórnem wtargnięciem zakażenia durowego do ustroju i zdarza się najczęściej w IV tyg. choroby. Zmiany anatomiczne przedstawiają z jednej strony cechy pierwszego tygodnia choroby, z drugiej zaś cechy IV. — Dur fagedeniczny zależy od zakażenia durowych owrzodzeń paciorkowcami i łańcuszkowcami. Niekiedy na tych owrzodzeniach spotykamy błony dyfterytyczne. — Zwyrodnienie barwikowe, spostrzegane na kępkach w kilka lat po przebytym durze, jest zależne poczęści od wytworzenia się hemosyderyny, poczęści zaś od barwika pochodzenia białkowego. — Zmiany w gruczołach krezkowych sprowadzają się do zajęcia tych samych składowych części narządu limfatycznego, co i w kępkach, są identyczne z niemi i zależą od tych samych przyczyn, co i zmiany w kępkach.

W dyskusyi zwraca Karwacki uwagę, że za mało uwzględniono laseczniki durowe i wyraża wątpliwość, czy bakterye, przyjmowane przez prelegenta za durowe, były rzeczywiście durowemi wobec braku ścisłej metody ich barwienia.

Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że bakterye durowe były uwzględniane o tyle, o ile były różniczkowane metodą Gramma; lecz specyalnie nie zwracano uwagi na nie, mając głównie na oku zmiany anatomiczne w kępkach, a nie bakteryologiczne ich badanie.

2) Sędziak odczytał rzecz p. t. **Obustronne porażenie rozwieraczy głośni.** Sprawa ta, wywołując zaburzenia poważniejsze, jak n. p. duszność, dochodzącą niekiedy do konieczności tracheotomii, znana jest od 1877 r., kiedy opisali ją lekarze angielscy. Materyał statystyczny jednak dostarczył zaledwie 97 przypadków. Prelegentowi udało się obecnie zebrać 245 przypadków. Największa ilość zachorowań przypada na lata 20 do 60, i w tem najczęściej między 50—60 rokiem życia; fakt ten, zdaniem prelegenta, objaśnić się daje tą okolicznością, iż w tym okresie życia najczęściej występują choroby, które są przyczyną omawianych porażeń (jak wiąd rdzenia, tętniak t. głównej, rak przełyku i t. d.). Jednak i u dzieci (do 5 r. życia) zdarzyło się 9 razy obustronne porażenie rozwieraczy; tutaj przyczyną był ucisk ze strony powiększonych gruczołów chłonnych lub grasicy. Najmłodszy chory miał 6 miesięcy, najstarszy 65 lat. Mężczyźni o wiele częściej zapadają na omawianą chorobę, niż kobiety. Co do przyczyn — to prelegent rozróżnia ośrodkowe i obwodowe. Pierwsze częstsze (135:110). Wśród nich pierwsze miejsce zajmuje wiąd rdzenia (60:135), a z nieorganicznych histerya (7:135), neurastenia (2) i cierpienia ośrodkowe (bliżej nieokreślone) 38. Co do wiądu prelegent kładzie nacisk na fakt, iż porażenia te na czas dłuższy poprzedzają same objawy przedmiotowe (jak brak odruchów kolanowych, bezład i t. p.). Dlatego też badanie krtani w każdym przypadku nerwowym, choć trochę podejrzanym, uważa prelegent za bardzo potrzebne. Porażenia przy cierpieniach czynnościowych mają zwykle charakter przejściowy; przy cierpieniach organicznych układu nerwowego porażeniu ulegają rozwieracze, a przy czynnościowych zwieracze. Z przyczyn pochodzenia obwodowego prelegent na 110 przypadków znalazł w 15 powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, w 8—gruźlicę, w 10—uraz, dalej idą guzy śródpiersia, tętniak aorty, jeszcze dalej zatrucia, wreszcie dur, błonica i grypa. Rozpoznanie sprawy opiera się na wynikach badania krtani lusterkiem: położenie strun głosowych fonacyjne, wskutek czego klinicznie głos pozostaje niezmieniony, natomiast istnieje duszność wdechowa. Rokowanie powinno być bardzo ostrożne, raz dlatego, iż w następstwie stałego zbliżenia strun, a stąd zamknięcia głośni, choremu może grozić śmierć z uduszenia, powtóre, że choroby wywołujące samo porażenie należą do b. ciężkich. Leczenie w zależności od przyczyny rzadko daje wyniki pomyślne.

W dyskusyi Kopczyński St. 1) podaje opis spostrzeganego przez siebie przypadku porażenia rozwieraczy u histeryczki, przypominającego ciężkie ostre porażenie opuszkowe; 2) zaznacza, iż mowca niewłaściwie umieścił w etyologii porażenia obustronnego rozwieraczy krtani, porażenie połowicze, jest to bowiem objaw cierpienia, spotykanego przy rozmaitych sprawach mózgu (krwotok, rozmiękczenie, nowotwór i t. p.); 3) umieszczenie w etyologii porażenia obustronnego rozwieraczy krtani neurastenii uważa K. za nie dość uzasadnione, neurastenii bowiem, jako takiej, nie zwykły towarzyszyć porażenia czynnościowe.

Dr Ign. L.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Dokończenie.)

(Uwagi sprawozdawcy.)

Ogólne wrażenie, jakie odnosi się z wniosków Rady zdrowia, określiłoby może najlepiej słowo: praktyczność. Nie kreśląc zbyt szerokich planów, trzymają się wnioski w granicach tych

spraw, które są istotnie z pilnych najpilniejsze. Zarazem zaś przestrzegane są starannie szranki wykonalności; w wielu sprawach nawiązane są wnioski do urządzeń już działających, tak, by przez niewielkie rozszerzenie ich agend rzecz dała się znaczniej naprzód posunąć (wniosek 2, 3, 4, 11 i t. p.).

Jeżeli mimoto znajduje się wśród wniosków wiele takich, które przez lat kilkanaście nie mogą doczekać się nietylko całkowitego załatwienia, ale nawet zmierzających do tego prac wstępnych, to nie można chyba o to winić Rady zdrowia, — która w obecnym swoim, doradczym, zakresie zrobiła, jak sądzę, to, co mogła, t. j. wskazała na pilne potrzeby i nakreśliła wykonalny plan ich zaspokojenia, — ale na tych władzach, które na nawoływania Rady zdrowia są głuche. Gdzie przeszkodą do wykonania wniosku jest stanowisko władz centralnych, które dla kraju naszego nie bywa zbyt życzliwe, tam na lepszy skutek liczyćby można chyba wtedy, gdybyśmy mieli w Wiedniu więcej urzędników Polaków, gdyby Galicya miała stosowną liczbę przedstawicieli w Najwyższej Radzie Zdrowia i gdyby reprezentacya polska w parlamencie wiedeńskim chciała i zdołała coś w tych sprawach wywalczyć. Na to jednak trzebaby o wiele większego, niż dotąd zrozumienia potrzeb sanitarnych kraju wśród naszej reprezentacyi parlamentarnej; przytem wchodzi tu w grę wogóle polityka tej reprezentacyi, której omawianie przekracza zarówno ramy »Przeglądu«, jak kompetencyę piszącego. O ile znów nie spełniają się wnioski Rady zdrowia dlatego, że autonomiczne fundusze krajowe istotnie na razie są za małe na całkowite wniosków wykonanie, to trzeba to uznać za »vis major« i z tem do czasu się pogodzić. Nie wynika jednak z tego usprawiedliwienie dla władz autonomicznych, że w wielu przypadkach nie starają się nawet o częściowe zaspokojenie najpilniejszych, przez Radę zdrowia wskazywanych potrzeb, że nietylko czasem nie chcą na nie łożyć »w miarę rozporządzalnych funduszów«, ale nawet nie podejmują prób inicyatywy. Przykładem takiego zaniedbania jest szpitalnictwo, w którem n. p. powstawanie nowych szpitali zależy od parcia »z dołu«, bez śladu zachęty i przewodniej myśli »u góry«, o czem zresztą już obszernie pisałem. A już też niema żadnego tłómaczenia tam, gdzie nie chodzi wprost, albo nie chodzi nawet wcale o fundusze, t. j. w zakresie czysto prawodawczym. Od kilkunastu lat powtarza się n. p. żądanie krajowej ustawy, regulującej opiekę nad ubogimi; mimoto nie poczuwają się do spełnienia tego zadania czynniki, do których należy legislatywa w kraju. Wymieniłbym tu dalej sprawę noweli do ustawy o zwalczaniu pijaństwa; wprawdzie Rada zdrowia o niej nie wspomina, ale chyba i ustawa dotychczasowa i jej wykonywanie nie są dostateczne, skoro z roku na rok notorycznie stosunki się nie poprawiają i z roku na rok powtarza się wniosek Rady zdrowia, dotyczący tłumienia tej klęski. By jednak w tych i innych sprawach wyzyskano inicyatywę prawodawczą, czy Wydziału kraj., czy nawet poselską, na to trzebaby, aby głos Rady zdrowia w kołach sejmowych więcej, niż dotąd, ważył, i aby te koła wogóle baczniejsze, niż dotąd, zwróciły oko na doniosłość spraw sanitarnych kraju.

Ale zarówno z wniosków Rady zdrowia, jak i z mnogich uwag, rozsianych w Sprawozdaniach, wynika, że w sprawach sanitarnych nietylko są zaniedbania prawodawcze, nietylko nie można wykołatać lub niema skąd wziąć funduszów, lecz że w granicach istniejących ustaw i funduszów nie dopisuje nieraz egzekutywa. O ile chodzi o te organa wykonawcze, które zależą wprost od rządu, to przypuszczać należy, że wytknięte przez Radę zdrowia usterki poczęści mogą być usunięte i są istotnie usuwane, jak daleko sięga władza krajowego Referenta sanitarnego i wpływ moralny Rady Zdrowia. Bo i samo już publiczne przez nią wytknięcie tych lub owych zaniedbań może mieć w pewnym zakresie wśród rządowych organów wykonawczych znaczenie i pożądany odnieść skutek. Ale z powtarzania się w pewnych powiatach stale zaniedbań wnosić wolno, że owe wpływy nie zawsze wystarczają, i że byłoby pożądanem, aby uwagi i wnioski Rady i krajowego Referenta sanitarnego wywoływały częściej i rychlej odpowiednie kroki ze strony czynników decydujących, mogących podwładnym władzom administracyjnym uchylenie usterek drobniejszych wprost nakazać, a pewne większe sprawy poczęści we własnym zakresie załatwić. Możeby wtedy nietylko ustały słuszne skargi Rady zdrowia, że np. niektóre starostwa nie delegują lekarzy do zwalczania pewnych epidemii i t. d., ale możeby też rychlej doczekał się spełnienia np. wniosek 6 (o budowę gmachów szkół średnich), 7 (o powołanie delegata Rady zdrowia do Rady szkolnej), 19 (w sprawie więzień) i t. d.

A już też za rzecz pewną można uważać, że wpływowi i słusznym uwagom Rady zdrowia rzadko tylko udaje się przekroczyć próg gmachu sejmowego i że nie często sięga on w obręb rogatek miast »o własnym statucie«. Odwołuję się tu na to, co wyszło na jaw przy sposobności ankiety w sprawach szpitalnictwa w r. 1902 i co, pisząc o szpitalnictwie, w sprawie stosunku władz autonomicznych do Rady zdrowia wspomniałem. Ale nawet, nie sięgając tak daleko, widać z brzmienia wniosków 4 i 5, jak i 11, i wyczytać można z niejednego ustępu Sprawozdań, że jeżeli mają zniknąć usterki w egzekutywie sanitarnej organów autonomicznych, to życzyćby sobie należało, aby i u nich głos Rady zdrowia więcej, niż dotąd, ważył. Stąd wynika konieczność bliższego stosunku Rady zdrowia z Wydziałem krajowym, choćby w tej postaci, o jakiej wspomniałem w artykule o szpitalnictwie (»Przegl. lek.« str. 225). Nie jest to postać jedyna, w jakiej mogłoby to zbliżenie się nastąpić. Nie można też wątpić, że wpływ Rady na cały kraj przez powoływanie jej członków z całego kraju (a nietylko z jego stolicy, jak się dotąd niemal zawsze działo) mógłby się tylko zwiększyć. Ale roztrząsanie tych spraw przekracza ramy niniejszych uwag.

Gdyby nawet jednak czynniki autonomiczne poddały się wpływowi Rady w stopniu pożądanym, to pozostawałby jeszcze do usunięcia szkopuł niemały, o który nietylko w Galicyi, ale w całej Austryi rozbija się mnóstwo najlepszych zarządzeń i wytężonych nieraz wysiłków. Jest nim znana i osławiona mnogość instancyi, do których od każdego rozporządzenia i nakazu odwołać się można, a która umożliwia w najniesłuszniejszej sprawie administracyjnej, jeżeli już nie wygraną, to przynajmniej przewlekanie sprawy nieraz nieprawdopodobnie długo, marnując mnóstwo zasu i pracy tych, którzy usiłują złe usuwać i odbierając nieraz wszelką chęć do dalszych prób naprawy. Ta klątwa ciąży na sprawach sanitarnych równie fatalnie, jeżeli nie fatalniej, niż na całym zakresie administracyjnym i o szybszym postępie dopóty marzyć trudno, dopóki kompetencye niższych instancyi nie zostaną rozszerzone, zdolność ich egzekutywy wzmocniona, cała procedura skrócona, a droga rekursów znacznie ograniczona.

Czego pod tym względem oczekiwać można od projektowanej w Galicyi reformy administracyjnej, dokładniej dziś określić niepodobna, dopóki projekt tej reformy jeszcze się ostatecznie nie skrystalizował. To pewna jednak, że zamierzone w tej, czy innej postaci wzmocnienie pierwszej instancyi administracyjnej (gminy), uproszczenie spraw w drugiej (powiat), odbić się musi korzystnie także i na egzekutywie w sprawach sanitarnych, byleby tylko przy reformie administracyjnej na sprawy te odpowiedni położono nacisk. I dlatego, zanim nastanie pożądana chwila tej reformy, należy pomyśleć o tem, by sprawy sanitarne zostały w niej należycie uwzględnione. Wyłania się tu zadanie ważne, a wdzięczne, przedewszystkiem dla naszych lekarzy-posłów.

W każdym razie godziłoby się przytem wcześnie rozważyć, czy nie byłoby pożądane większe usamodzielnienie organizacyi sanitarnej wobec innych działów administracyjnych, a zarazem nadanie jej większej spoistości. Sprawy zdrowia ludności nie są mniej ważne od spraw technicznych, skarbowości i t. d., a jednak organa sanitarne nie mają stanowiska, wpływu i znaczenia równorzędnego z organami, którym tamte sprawy powierzono. Czas, by to uległo zmianie, bo zdrowie ludności we wszystkich krajach kulturalnych coraz więcej ważyć poczyna i jego poprawa przestała już być tam idealnym, przez lekarzy tylko podnoszonym postulatem przyszłości, a uznaną została przez rządy i społeczeństwa za jedno z najważniejszych zadań doby obecnej. Jak w wielu innych sprawach, tak i tu zapewne wkrótce pocznie się Austrya oglądać za wzorami niemieckimi. Wiadomo zaś, że na szablonowem narzuceniu tych naśladowanych wzorów całej Austryi, — Galicya nie zawsze dobrze wychodzi. A nawet, zanimby w całej Austryi pomyślano o reformach organizacyi sanitarnej, o przyznaniu jej silniejszego, niż dziś, stanowiska, moglibyśmy tylko zyskać, gdyby Galicya w tym względzie całą Austryę, o ile to możebne, wyprzedziła. Niełatwo będzie zapewne praktycznie obmyśleć i uzyskać wyjątek dla naszego kraju wobec tego, że organizacya spraw sanitarnych, przez ustawy zasadnicze dla centralnego rządu zastrzeżonych, jest w całej Austryi na jedną ukształtowana modłę; ale przecież, co powiodło się już w innym zakresie, to powieść się może także i w tym dziale. Podobnie, jak uzyskane np. w zakresie szkolnictwa zdobycze wykroczyły poza ściśle granice oddanych pierwotnie przez ustawy zasadnicze w ręce kraju działów szkolnictwa, tak i w sprawach sanitarnych możnaby może uzyskać pewne, do naszych warunków specyalnie przystosowane odrębności, choćby nawet miały się one łączyć ze zmianą ogólnopaństwowej ustawy z dnia 30 kwietnia 1870, d. p. p. l. 68. Do-

kładniejsze rozważenie tej myśli należy jednak do kompetentniejszych od nas czynników.

Szybsze tempo postępu na polu sanitarnem u nas wiąże się przeto wogóle z jednej strony z formą i losami reformy administracyjnej, z drugiej, z pewnego rodzaju rozszerzeniem autonomii krajowej.

Tu jednak zaczyna się zadanie, obowiązek i odpowiedzialność tych, którzy mają być »jako głowy ludu, jako stróżowie śpiących i wodzowie nieumiejętnych i świece ciemnych.....« *) — zadanie, obowiązek i odpowiedzialność naszej parlamentarnej i sejmowej reprezentacyi kraju.

Kronika historyczna na sierpień.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. sierpnia 1842 r. umiera w Lyonie Jan Dominik Larrey. Ur. 1766 r. w Beaudeau, po ukończeniu nauk jako lekarz wojskowy towarzyszył Napoleonowi w 25 wyprawach wojennych i 60 bitwach, od kampanii egipskiej począwszy, aż do Waterloo. Uchodzi słusznie za twórcę chirurgii polowej, gdyż pierwszy zorganizował pomoc lekarską na polu bitwy, w czem sam świecił najlepszym przykładem, tak że zjednał sobie w armii przydomek »la providence des soldats«. W r. 1805 zostaje generalnym inspektorem wojskowej służby lekarskiej, a po bitwie pod Wagram otrzymuje tytuł barona od cesarza, który wyraża się o nim, że jest to ze znanych mu ludzi człowiek najcnotliwszy. W r. 1836 przeniesiony w stan spoczynku zostaje Larrey naczelnym chirurgiem paryskiego »Hôtel des Invalides«. Mimo trudów wojennych pracuje też naukowo, wprowadza wiele nowości do ówczesnej chirurgii, jak np. skręcenie jako środek tamujący krwotoki lub własnego pomysłu masę twardą do opatrywania złamań kości. Z dzieł jego najcelniejsze są odnoszące się do chirurgii na polu bitwy. Wielkie zasługi Larreya uczcił naród francuski posągiem, wykonanym przez słynnego Dawida d'Angers, wzniesionym w dziedzińcu paryskiego szpitala Val-de Grace.

2. sierpnia 1869 r. wykonał Gustaw Simon pierwsze wycięcie nerki u żywej kobiety w celu wyleczenia przetoki moczowodu, powstałej po wycięciu jajnika. Zachęcony pomyślnym wynikiem wykonał operacyę tę jeszcze dwukrotnie: z powodu wodonercza (1870 r.) i z powodu kamieni nerkowych (1871 r.) Simon (* 1824 † 1876), profesor chirurgii w Rostoku, później w Heidelbergu, należący do najwybitniejszych operatorów niemieckich, założył niemieckie Towarzystwo chirurgiczne, wydał 2-tomowe dzieło »Chirurgie der Nieren« i ogłosił szereg prac, z których najważniejsze są prace o ginekologicznych operacyach plastycznych.

8. sierpnia 1864 r. zawarcie »konwencyi genewskiej«, mającej na celu złagodzenie okrucieństw wojny przez wzajemną ochronę rannych, szpitali polowych, lekarzy i personalu sanitarnego podczas bitew. Konwencya ta zawarta została w Genewie na zwołanym umyślnie przez szwajcarską Radę związkową kongresie, w którym wzięli udział dyplomatyczni przedstawiciele 16 państw.

9. sierpnia 1805 cesarz Franciszek I. wydaje postanowienie o przeniesieniu uniwersytetu lwowskiego »Józefińskiego« (otwartego uroczyście 16. listopada 1784 r. na mocy dyplomu fundacyjnego cesarza Józefa II.) do Krakowa, a raczej o połączeniu go z krakowską Akademią. We Lwowie pozostaje tylko »liceum«, a przy niem instytut medyko-chirurgiczny z językiem wykładowym niemieckim (tylko dla położnictwa z polskim) dla kształcenia niższych chirurgów-felczerów i położnych. Wprawdzie w 11 lat później aktem fundacyi z dnia 7 sierpnia 1817 r., przywraca cesarz Franciszek I. znów uniwersytet we Lwowie — »Universitas Francisca« —, ale »na razie« bez Wydziału lekarskiego, tylko z niższem studyum medyko-chirurgicznem, jak za czasów liceum. To »na razie« trwa przez 77 lat, bo aż do roku 1894, kiedy uzupełniono wreszcie uniwersytet lwowski także i Wydziałem lekarskim. (Według Kadyja: »Rys dziejów Wydziału lekarskiego we Lwowie«).

12. sierpnia 1762 r. urodził się w Langensalza (Turyngia) Krzysztof Wilhelm Hufeland, profesor uniwersytetu w Jenie, następnie w Berlinie, jeden z najpopularniejszych klinicystów swego czasu, najwybitniejszy przedstawiciel kierunku eklektycznego w medycynie. Założył on 1795 r. »Journal der praktischen Arzneikunde«, który wychodził aż do 1841 r. i wydawał krótko już przed śmiercią »Enchiridion medicum« czyli »Wstęp do praktyki lekarskiej na podstawie 50-letniego doświadczenia«, gdzie niejeden ustęp poświęcono podniesieniu pod względem etycznym, naukowym i materyalnym stanu lekarskiego. Umarł 1836 roku.

14. sierpnia 1897 r. umiera Fritjof Holmgren, profesor w Sztokholmie, znany fizyolog i okulista szwedzki, głośny z prac nad ślepotą na barwy, twórca praktycznej metody badania daltonistów zapomocą różnobarwnych włóczek. Urodził się 1831 r.

22. sierpnia 1828 r. umiera Franciszek Józef Gall. Urodzony w Tiefenbrunn 1758 r., nauki pobierał w Strassburgu i w Wiedniu. W roku 1796 wystąpił w Wiedniu z szeregiem odczytów, głosząc, że poszczególne części mózgu są siedzibą popędów, zdolności, występków i zbrodni, że z pewnych wyniosłości i nierówności czaszki, odpowiadających większemu lub mniejszemu rozwojowi danych okolic mózgu, można rozpoznać psychiczne właściwości człowieka i jego charakter. Naukę tę, zwaną kranioskopią, która narobiła wiele wrzawy w świecie lekarskim, obaliły późniejsze badania fizyologiczne i psychologiczne.

29. sierpnia 1779 urodził się Jan Jakób Berzelius, Szwed, znakomity chemik i lekarz. Medycynę studyował w Upsali. W r. 1807 zostaje profesorem farmacyi w Sztokholmie, 1810 r. prezesem królewskiej Akademii nauk tamże, a 1815 r. profesorem chemii instytutu medyko-chirurgicznego. Składa jednak profesurę 1832 r., aby wyłącznie poświęcić się pracom naukowym. Umarł 1848 r. — Badania jego i odkrycia wraz z ogromnym szeregiem poważnych dzieł naukowych stanowią epokę w chemii i czynią imię Berzeliusa nieśmiertelnem, że tylko wspomnimy o wykryciu selenu, ceru i toru, o oznaczeniu stosunku ciężarowego połączeń chemicznych, o wyjaśnieniu działania prądu galwanicznego na sole metali i t. d.

Pamięci Sebastyana Petrycego.

Uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowej Sebastyana Petrycego w rodzinnem jego mieście Pilznie w dniu 17. lipca b. r. odbyła się wśród niezwykłej powagi i podniosłego nastroju. Po nabożeństwie w kościele, do którego udano się w uroczystym pochodzie, i odsłonięciu tablicy pamiątkowej, odbyły się dwa odczyty w pięknie przystrojonej sali miejskiej: p. J. Wojtanowskiego, kierownika szkoły: »O Petrycym jako pedagogu« i dra W. Mydlarskiego, lekarza miejskiego: »O Petrycym jako lekarzu«, w którym prelegent na podstawie źródeł scharakteryzował prace Petrycego: »Jak się zachowywać czasu moru« i »De morbo gallico« — i jego osobistość jako lekarza filantropa, pojmującego z jaknajidealniejszej strony swoje obowiązki lekarza praktyka. Uroczystość, podczas której odczytano liczne telegramy od instytucyi i wybitnych osobistości, zakończyło przemówienie Dziekana Wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiej, prof. Kostaneckiego, który uczestniczył w obchodzie, przybrany w togę i insygnia i poprzedzany przez berło uniwersyteckie z wizerunkiem Petrycego. Przemówienie to brzmiało, jak następuje:

»J. Magnificencya Pan Rektor i Senat Akademicki Uniwersytetu Jagiellońskiego polecili mi, abym wyraził imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego szczerą i gorącą radość z powodu dzisiejszego święta i abym przy tej uroczystości dał wyraz czci pamięci Sebastyana Petrycego. Zarazem, jako tegoroczny dziekan Wydziału lekarskiego, pragnąłbym imieniem bliższych mych kolegów zapewnić, że całem sercem jednoczymy się w tym hołdzie, jaki miasto rodzinne składa wielkiemu swemu synowi, którego nazwisko dodaje blasku przeszłości naszego Uniwersytetu.

W ciągu przeszło pięciu wieków swego istnienia Uniwersytet Jagielloński jednoczył w sobie siły naukowe ze wszystkich ziem polskich. Gdyby było pozostało w zwyczaju, aby przy nazwiskach rektorów i profesorów, tak jak przy nazwisku pierwszego rektora Stanisława ze Skalbmierza, jak potem przy Janie z Kęt, przy Janie z Oświęcima, Pawle z Krosna i t. d., podawano nazwę miejsca ich rodzinnego, przekonalibyśmy się, że każdy prawie zakątek ziem polskich dostarczał Uniwersytetowi naszemu sił, które nad wielką jego budową pracowały.

*) Skarga: Kazania Sejmowe, I. 1.

Wasze miasto oprócz szeregu innych sławnych nazwisk, by wymienić tylko Marcina Glickiego, Szymona Maryckiego, dało nam Sebastyana Petrycego, tego, którego śmiało z kronikarzami możemy nazwać »columna universitatis«.

Sebastyan Petrycy nauczał najpierw w krakowskim Uniwersytecie filozofii, ale potem, jak tylu innych, umysł ten czynny, chciwy wiedzy, poświęcił się studyom nauk lekarskich za granicą. Uzyskawszy w Padwie dyplom doktora medycyny, wrócił Petrycy do kraju i został profesorem medycyny w Akademii krakowskiej. Aby ocenić, co zdziałał jako profesor medycyny, aby ocenić to, co pozostawił w rozprawach swych treści lekarskiej, zajmujących się chorobami, które wówczas głównie pochłaniały uwagę współczesnych lekarzy, trzeba się przenieść myślą do owych czasów, wniknąć w ówczesne zapatrywania, uwzględnić ówczesny stan nauk lekarskich wogóle. Przed chwilą słyszeliśmy trafną charakterystykę jego literackiej spuścizny lekarskiej. Ale znaczenie Petrycego jako lekarza polega nietylko na tem, co pozostawił w rozprawach ściśle lekarskiej treści, polega w równej mierze na jego praktycznej działalności: to pewna, że z historykami stwierdzić możemy, iż jako »medicus sapientissimus« podtrzymywał ustalony zaledwie byt i powagę Wydziału lekarskiego Jagiellońskiego Uniwersytetu. Lecz przedewszystkiem rośnie jego znaczenie jako lekarza, gdy czytamy cały szereg ustępów, wkraczających w zakres medycyny w jego wielkiem dziele treści filozoficznej.

I dla medyka bowiem, dla praktycznego lekarza, filozofia zawsze miała urok nauki, która wszystkie inne gałęzie nauk w jedną całość łączy: »Bawiąc się przy Akademji krakowskiej kilkanaście lat profesyą philozophicy przeniosłem się do medycyny: jednak tak, abym zgoła nie opuszczał już dawno przedsięwziętej philozophiey: dałem na to kilka lat godzinę niemal zawdy jedne......«

Mamy jako spuściznę tej jego pracy wiekopomne tłómaczenie Polityki, Ekonomiki i Etyki Arystotelesa, pierwsze wielkie filozoficzne dzieło polskie. »Pierwszy ważył się tego«..., »Abyśmy my też przykładem narodów inszych mieli polską philozophię«.... bo ludzie, »którzy acz więc i Łaciński język umieją, jednak snadniej mogą się dogryźć własnym językiem w naukach arystotelesowych smaku«. Tłómaczy, że przyczyna, która go pobudziła do pisania tej umiejętności o »rzeczach pospolitych«, była: »abym był czymkolwiek pożyteczny na świecie ludziom, ponieważ dla tego wszyscyśmy się narodzili«. »Ludzie wielcy, którzy się na świetle Rplitej dowcipem, pracą, dostatkiem bawią: wielmożni wielmożnie popierają pożytku pospolitego: mnie się na ten czas nie zeszło, jedno pracą swą popisować«.

Pragnąłby pracą tą swoją przyczynić się do rozpowszechnienia nauki filozofii, do podniesienia stanu umysłowego społeczeństwa; wielokrotnie powraca do znaczenia, jakie ma nauka dla społeczeństwa; bije z kart tego dzieła głębokie zrozumienie, głębokie przywiązanie i głęboka cześć dla nauki: »Nauki bardzo ludziom wszelkiego stanu pożyteczne. Bo jako może powinność swą na świecie odprawiać, jeśli nie będzie wiedział, na czem powinność jego, na czem szczęście jego zawisło«.

To przeświadczenie stara się wpoić we wszystkich: Dzieło swe całe poświęca królowi: »Doktor Sebastjan Petrycy, Medyk uniżone służby swe poddaności, a obowiązane w Miłościwą łaskę królewską wiecznie oddawając« powiada: »przednie tych nauk wiedzieć trzeba głowie, a potym członkom jej, tak aby głowa z członkami y członki z głową spólnie zgadzały się, zwłaszcza w Rzpospolitej naszej mieszanej«. Każdą księgę z osobna przypisuje kardynałom, Biskupom, Wojewodom, a przytem przyświeca mu myśl: »Co daj Boże, aby też u nas było, aby ci, którzy mają dostatek, bawili się nauką i philozophią«. W innem miejscu zwraca się do szlachty i senatorów, aby troszczyli się więcej o szkoły: »Jedna jest Akademja w Polsce, a przecie do tych czasów niema opatrzenia słusznego, co wielka sromota i szkoda nam«.

Powraca kilkakrotnie do potrzeby nauki dla młodzieży: »Owszem przestrzeganie poczciwości ma doskonałość swoją brać z nauk głębokich«.... Na zarzut: »ale głębokie nauki przeszkadzają do rzeczy sprawowania: albowiem melancholicznymi ludzi czynią i nie sposobnymi do czynienia, tylko do diskursów«, odpowiada: »nauk głębokich młodzi tak się potrzeba uczyć, aby sobie zaostrzyli rozum, do sprawowania spraw Rzplitej pożytecznych, nie iżby mieli w nich utonąć i ustawicznie się nimi bawić. Tak nie będą przeszkadzać do sprawowania rzeczy«.

Pragnąłby, aby jaknajszersze koła rozmiłowały się w nauce, chociaż widzi przeszkody i trudności: »Przeto jako u narodów inszych, nietylko w przednich, ale w podłych ludzi uszach, już dawno ta, wszelakiej poczciwości nauczycielka, Philosophia, brzmi: tak też przystoi, aby wżdy kiedy z nami własnym naszym językiem rozmawiała. Znam ja to, iż rzecz jest bardzo trudna z Grecycy y z Latium do Polski przenieść, y uczynić Philosophię pospolitą«. »Wiem, że dowcipy polskie w czytaniu o ważnych rzeczach są tęskliwe: chcą prędko co porwać, bez pracy chcą być w lot uczonemi: rychlej czytają fraszki dworskie, niźli poważne rzeczy, łacne, niźli trudne«.

Aby filozofię Arystotelesa uczynić przystępniejszą, dodaje do każdego rozdziału »przykłady«, »dyskursy«, »przestrogi« »dokłady« i »przydatki«, ściągając jego teorye filozoficzne do zasad chrześcijańskich, do stosunków ówczesnych, a specyalnie do stosunków i obyczajów polskich. I te liczne przydatki, które same przez się tworzyłyby wielkie dzieło, są dla nas dzisiaj może najcenniejszą częścią jego literackiej spuścizny. Widnieje z nich dokładna znajomość starych filozofów, olbrzymia erudycya, wszechstronność zdumiewająca; uwagi jego tyczą się wszystkich dziedzin życia publicznego, zajmują się ustrojem Rzeczypospolitej, wojną, warunkami życia społecznego, prawem, przemysłem, handlem, zdrowiem publicznem, wychowaniem i nauczaniem, szkołami, sztukami pięknemi.

Porusza sprawy tak różnorodne, a wszędzie znać sąd jego bystry, wytrawny i gruntowny, tak, iż te księgi stawiają go w rzędzie pierwszych statystów owego wieku. W niejednym kierunku wygłasza pierwszy zapatrywania zupełnie nowe, np. o wychowaniu, szczególnie o wychowaniu fizycznem, zapatrywania, które napisane w języku, ogólniej przystępnym dla świata naukowego, byłyby mu zyskały szeroki rozgłos. A i obecnie jeszcze, czytając jego uwagi, ma się uczucie, iż poruszał on już wtedy sprawy, które jeszcze i dzisiaj są aktualne i wypowiadał o nich sądy, które i dzisiaj jeszczeby się ostały.

Petrycy mówi, jak widzieliśmy, iż dał na pracę tę »przez kilka lat godzinę niemal zawdy jednę«, ale czytając te księgi czuje się, iż są one owocem głębokich rozmyślań całego życia. A są tam zawarte rzeczy nietylko głęboko przemyślane, ale i szczerze odczute, jak całe ustępy, w których mówi o sztuce, choćby tylko te proste słowa przytoczyć:

»Muzyka do ochłody umysłu i ciała pożyteczna jest, iż ma w sobie wdzięczną uciechę umysłu i ciała, iż jest słodkie lekarstwo wszelkiego bolu, iż jest ulżeniem wszelakiej prace, czasu złodziejem y wszelakiej nędze y przykrości uleczeniem«. »Wiersze są jakby tajemną muzyką«...... »Podobnie, jak i muzyka, ma i poezja w sobie coś boskiego i podobnie działa na duszę, pobudzając ją do żalu, wesołości, miłosierdzia lub gniewu«.....

A wszystko pisane tym pięknym, czystym, prostym a jędrnym językiem, który czyta się z taką rozkoszą, że oderwać się od tych kart trudno. Petrycego tłómaczenie Ksiąg Arystotelesowych jest podstawą polskiej terminologii filozoficznej. Wprawdzie mówi: »Jam się nie oglądał na ozdobę mowy: ale jakobym mógł nałacniey i nakrócey rzecz oddać, w tak wielkich zabawach moich, jakąkolwiek choć grubą wymową«. Sądzi tylko: »drugim dodam przyczyny i materiey, aby co tu nie dostaje, dostateczniey, wymowniey, łacniey, ozdobniey opisali«.

Owe zaś »przydatki« do tłómaczenia Arystotelesowej filozofii zasługują na to, aby im poświęcić gruntowny naukowy rozbiór; wówczas dopiero wydobędzie się całe skarby wiedzy, w nich zawarte, ujawni się kulturalne ich znaczenie i postać Petrycego tem większa przed nami stanie.

Ze stanowiska lekarskiego pragnąłbym jeszcze podnieść, iż wśród tych »przestróg« i »przydatków« rozrzuconych jest mnóstwo uwag, które Petrycy pisał jako lekarz i te właśnie, jak nadmieniłem, w wyższym stopniu, aniżeli jego ściśle lekarskie dzieła, podnoszą jego znaczenie jako lekarza. Jest tam cały szereg trafnych, godnych i dzisiaj zapamiętania uwag o higienie w małżeństwie, a przedewszystkiem głębokich, powiedzieć można nowoczesnych i dzisiaj jeszcze aktualnych uwag o wychowaniu cielesnem dzieci, o ćwiczeniu ciała, o zabawach fizycznych; szkoda, że zasługi Petrycego na tem polu, jego myśli i zapatrywania za mało były i są ogólnie znane. Śmiało powiedzieć możemy, że trafne uwagi jego i dzisiaj nawet skreślone stawiałyby go w rzędzie współczesnych przodowników na polu fizycznego wychowania młodzieży.

Piękne i podniosłe są te ustępy, w których Petrycy pisze o obowiązkach, o znaczeniu i o godności stanu lekarskiego.

Znać z niejednego miejsca tych ksiąg, iż pisał je »medyk«, rozmiłowany w swym zawodzie i stawiający wysoko godność »doktorów w lekarstwach«.

W ustępie: »Doktorowie w lekarstwach mają miejsce w Rzeczypospolitej?« pisze: »Dobra ludzkie są trojakie: duszne, około których teolog się bawi, cielesne, jako zdrowie, koło których się Medyk bawi; szczęścia i majętności, około których jurista.....« Powołuje się na świadectwo pisma świętego, Eccl. 38: »Od Pana Boga są wszelkie leki: nawyższy z ziemie lekarstwo i lekarza stworzył. Ty zaś szanuj i czci Medyka dla potrzeby«.

»Z tych słów znać, iż Medyk nietylko w Rzpospolitej ma miejsce, ale pierwsze miejsce, gdyż go sam Pan Bóg ludziom na pożytek stworzył i podał: materiey mu rozmaitej dodał, którejby miał w ratunku ludzkim używać. Kazał go szanować, dla wielkiego, który czyni Medyk ludziom, pożytku. Czego ani o teologu, ani o juriście, ani o innych profesjach ludzi tak znacznie w piśmie św. nie powiedziano«.

»Kto zawżdy potrzebien jest Rzeczypospolitej, ten ma w Rzeczypospolitej miejsce. Bo potrzeba jest wielka rzecz, zwłaszcza przez której obeśdź się nie możem na wszelki czas«.

Również i w innem miejscu (Etyka) mówi: »..... Po nich miejsce mają Doktorowie Medycy, którzy z głębokiej nauki y Philosophiey zdrowie ludzkie opatrują, chore uzdrawiają (nie barwierze z doświadczenia i zwyczaju lecząc), wielkiej czci i z zalecenia pisma świętego godni: zwłaszcza którzy nie względem zysku i wziątku leczą, co jest rzecz sprosna«.

Wiemy, że Petrycy leczył »nie względem zysku i wziątku«, ale leczył przedewszystkiem ubogi lud, który go też kochał, czcił i uwielbiał. Mawiał, jak słyszeliśmy: »bogaty dziesięciu Petrycych mieć może, ubogi żadnego«. Słyszeliśmy, że wzywany do Wojewody łęczyckiego wolał pozostać w Krakowie, bo: »Wojewoda nie zostawi po sobie, tylko majętności, a ja tu mam kilku rzemieślników chorych, którzyby wiele sierót zostawili«.

Z dobytku, który zyskał, pragnął pozostawić pamiątkę tej Akademii, w której się profesją nauki lekarskiej i filozofii »bawił«; uczynił dwie fundacye, które do dziś dnia noszą jego nazwisko, jedną »na wsparcie uczących się ziomków«, drugą dla historyografa Uniwersytetu, któryby ważniejsze zdarzenia Uniwersytetu zapisywał.

A teraz, gdy po trzech wiekach przerzucamy karty dzieł Petrycego, gdy rozpamiętywamy czyny jego, dziwny urok bije od tej postaci, która w nas budzi podziw i cześć; czujemy, że życie to jest zakonem, z którego dla potomności płynie nauka. Rozumiemy też, dlaczego postać jego, jako podniosły wzór, zdobi berło dziekańskie Wydziału lekarskiego Jagiellońskiego Uniwersytetu.

Sebastyan Petrycy na nagrobku pragnął mieć napis: »Professor in Lycaeo, Philosophus in vita«. To, czego nauczał, wprowadzał w życiu w czyn, stwierdzając, jak głosił, że »żywot ludzki zależy na umiejętności, którą dochodzimy do doskonałości i ozdoby«, i że »przestrzeganie poczciwości ma doskonałość swoją brać z nauk głębokich«, bo: »dobre życie na rozumu najprzedniejszej części człowieka zależy; tak, iż kto rozum ma, dobrze żyć może... zaś przeciwnym sposobem: kto rozumu niema, abo snać mając, rozkazania jego w tajemnym sumieniu grzmiącego słuchać nie chce: taki źle żyje«.

Z rozpamiętywaniem życia i zasług wielkich ludzi z minionych dawno lat nie miesza się już ból i żal, jaki odczuwamy, tracąc wybitnych współczesnych ludzi. To też i dzisiejsza uroczystość nie jest obchodem żałobnym, lecz świętem radosnem, jest uroczystem stwierdzeniem nieśmiertelności pamięci Sebastyana Petrycego. A Uniwersytet Jagielloński, oddając jego nieśmiertelnej pamięci hołd i cześć, z dumą wspomina, że tacy ludzie jego przeszłość zdobią«.

Po obchodzie odbyło się zebranie, w którem wziął udział prof. Kostanecki i wiele osób, urodzonych w Pilznie, zajmujących obecnie wybitne stanowiska społeczne, umyślnie na obchód przybyłych. *M.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarze: 1) powiatowej Kasy chorych w Brodach, zamieszkały w Szczurowicach, 2) powiatowej Kasy chorych w Śniatynie, zamieszkały w Horodence i 3) powiatowej Kasy chorych w Bóbrce, zamieszkały w Przemyślanach, podjęli starania celem poprawy warunków pracy w tych kasach. — Wzywa się wszystkich Kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tych lekarzy z Zarządami kas i skutkiem tego wypowiedzenia im tych posad, nie obejmowali tychże bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Prezydent *Dr Festenburg.*

Lekarze przemyscy ogłaszają następujące:

Ostrzeżenie.

Na zebraniu lekarzy przemyskich w dniu 2. VIII. 1907 uchwalono ostrzedz Kolegów, aby się nie ubiegali o posadę lekarza powiat. Kasy chorych w Przemyślu, rozpisanej konkursem z dnia 15. lipca 1907 i 29. lipca 1907, tak długo, dopóki Izba lekarska wsch.-gal. nie zadecyduje, o ile warunki konkursu i wynagrodzenie pozostaje w odpowiednim stosunku do wymaganej pracy i nie uwłacza etyce lekarskiej. O czem Kolegów zawiadamiamy, upraszając równocześnie, aby ewentualnie już wniesione podania wycofać zechcieli.

Za Wydział:

Dr Süsswein sekretarz. *Dr Kramarzyński* prezes.

Ujednostajnienie przepisów etycznych dla lekarzy polskich we wszystkich zaborach, do którego według uchwały sekcyi spraw zawodowych X. Zjazdu lek. i przyr. polskich zmierzać należy, uzasadniał wnioskodawca, dr Mikołajski, szeregiem przykładów, dowodzących, że pod wpływem różnicy praw pisanych, obowiązujących w trzech zaborach, mogłaby się wytworzyć niepożądana rozbieżność poglądów etycznych wśród lekarzy polskich. I tak np. co do tajemnicy lekarskiej: w Prusach może się nią lekarz zasłonić nawet wobec sądów, w Austryi musi lekarz według prawa zdradzić ją na żądanie władzy właściwej, w Rosyi zaś bywa nawet przyniewalany do tego i nakłaniany do donosicielstwa. Podobnie wielkie różnice istnieją w ustawach co do przymusu lekarskiego. Nadto w każdym z zaborów oddziaływają na lekarzy polskich pojęcia etyczne i obyczajowe, panujące wśród lekarzy w danem państwie, a znacznie się różniące (np. sprawa odprzedawania praktyki, odbierania prawa praktyki przez Izby lekarskie, bojkotowania lekarzy przez kolegów i t. d.). Przygotowaniem wspólnego kodeksu etycznego dla lekarzy polskich zajmą się istniejące organizacye zawodowe, między któremi pośredniczyć ma, jako biuro centralne, Izba lekarska wschodnio-galicyjska. Izba ta przygotuje także na przyszły Zjazd regulamin Związku organizacyi lekarzy polskich. Prócz tego uchwaliła sekcya spraw zawodowych zalecić wszystkim polskim organizacyom lekarskim wzięcie pod obrady i ewentualne prowizoryczne przyjęcie kodeksu deontologicznego, uchwalonego przez Izbę lek. wschodnio-galicyjską. *R.*

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza, co następuje: 1) Przekształcenie luźnych organizacyi dolnoaustryackich na organizacye ścisłe postępuje szybko naprzód na zasadzie uchwały, powziętej przez Walne Zgromadzenie tych organizacyi w d. 12. VII. 1907. 2) Luźna organizacya lekarzy gminnych i okręgowych na Śląsku rozwiązała się i weszła w skład ogólnej organizacyi lekarzy śląskich. 3) Powstaje organizacya lekarzy w Dalmacyi. — Związek ostrzega lekarzy, którzyby ubiegali się o posadę w Odrawie na Śląsku austr., by zwrócili się o wyjaśnienia do prezesa organizacyi śląskiej, dra Stillera w Niklasdorf. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Lekarze dolno-austryaccy uzyskali wprawdzie przez konferencyę swych przedstawicieli z wysłannikami kraju i rządu w d. 6. VII. 1907 podstawę do dalszych rokowań, postanowili jednak na razie w dalszym ciągu prowadzić bierny opór aż do pomyślnego ukończenia rokowań. *R.*

Organizacya lekarzy gminnych dolno-austryackich wzywa wszystkich kolegów, aby posady w Austryi Dolnej przyjmowali tylko pod następującymi warunkami: 1) Posada stała po roku służby próbnej. 2) Coroczny 2—3-tygodniowy urlop, zastępstwo na wypadek choroby, jedno i drugie na koszt gminy. 3) Gdzie niema innego odpowiedniego mieszkania — przyzwoite bezpłatne mieszkanie służbowe. 4) Zobowiązanie się gminy, że starać się będzie wszelkimi sposobami (przez petycye i swych dosłów), by Sejm dolno-austr. jaknajrychlej wprowadził emeryturę dla lekarzy i fundusz pensyi wdowich. — Prezes: *Dr Reh.*

Żądanie honoraryum od kolegi uznała czeska sekcya Izby lekarskiej morawskiej za uchybiające godności stanu lekarskiego. *R.*

Szczególny wyrok uzyskały w sądzie krajowym w Kolonii tamtejsze Kasy chorych w sporze z lekarzami. Mianowicie sąd orzekł, że wykonywane na zlecenie lekarzy czynności pomocnicze (stawianie baniek, miesienie i t. d.), jakoteż specyalne zabiegi lecznicze (elektryzowanie, rentgenizacya, ortopedya) należy

zaliczać do zakresu ugodzonych czynności lekarskich, że więc koszta tego wszystkiego..... należy strącać lekarzom Kas chorych z ich płacy! *R.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. VII. do 3. VIII. 1907 przypadków: płonicy 2 † 1, nagminnego zapalenia ślinianek 1, róży 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 28. VII. do 3. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 3; zmarło osób 42 (w tem obcych 11), z nich z gruźlicy 11 (6), zapalenia płuc 3 (1), płonicy 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 28. VII. do 3. VIII. 1907 przypadków: błonicy 7 † 1, krztuśca 4, płonicy 4, odry 2, duru brzusznego 4 † 1 (w tem obcych 1 † —), czerwonki 2 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Na cholerę w Samarze z 27 chorych zmarło 8. Za dotknięte cholerą ogłoszono gubernie astrachańską, samarską, saratowską, symbirską, uwską, kazańską i niżno-nowogrodzką.

Mór miał pojawić się w gub. saratowskiej, pow. cyrycyńskim, ogłoszono go jednak niemal zaraz za wygasły. W Odessie dalszych przypadków nie było.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Kursa feryalne dla lekarzy odbędą się w Krakowie w grudniu r. b. Szczegółowy program ogłoszony będzie w październiku.

— Łaźnia ludowa (zbudowana kosztem krakowskiej miejskiej Kasy oszczędności) wydała od dnia otwarcia do 1. VIII. b. r. 33,347 kąpieli; korzysta z niej obecnie dziennie 320 osób.

— *Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:* 74 lekarzy polskich, zwiedzających po Zjeździe lwowskim zakłady zdrojowe w Żegiestowie, złożyło z okazyi przyjęcia, urządzonego dla nich przez Zarząd zdrojowy, 116 K 8 hal. na cele Towarzystwa Szkoły Ludowej, za co Zarząd Główny T. S. L. składa im serdeczne podziękowanie.

Zdrojowiska polskie. Do 30. VII. b. r. w Iwoniczu osób 3,650, do 24. VII. w Ciechocinku 6,082, w Zakopanem 5,639, w Krynicy 5,522, w Rabce 2,316, do 20. VII. w Szczawnicy 1,688, w Rymanowie 1,676.

Warszawa. Nie są jeszcze określone szczegółowo warunki, na jakich szpitale warszawskie przejdą w ręce zarządu miejskiego, co, jak donosiliśmy, w zasadzie już zostało postanowione przez radę ministrów. Władzom przedstawiono wniosek, aby przy przejściu szpitali w ręce miasta rozwiązać zupełnie Radę dobroczynności publ. i zwinąć posadę naczelnika zakładów dobroczynnych; w kancelaryi gubernatorskiej powstałoby natomiast biuro nadzorcze. Zakład obłąkanych w Tworkach, dom wychowawczy i zakład szczepienia ospy, jako instytucye, przeznaczone dla całego kraju, przejść mają w zarząd ministerstwa spraw wewnętrznych. W magistracie warszawskim zarządzać ma szpitalami osobny »Wydział dobroczynności publ.«, do którego powołanych ma być 6 obywateli miasta.

Z różnych stron. Prof. Chantemesse przedstawił Akademii lekarskiej w Paryżu (23. VII.) odkrytą przez siebie »oftalmodyagnostykę« duru brzusznego, która jest postępowaniem, analogicznem do ocznego odczynu tuberkulinowego. Strąciwszy toksynę durową zapomocą wyskoku, wkraplał Chantemesse 0,00002 gr. jej w rozczynie wodnym do oka, poczem u osób zdrowych lub chorych na rozmaite choroby pojawiało się lekkie zapalenie spojówki, znikające po 4—6 godzinach, natomiast u chorych na dur ten odczyn był znacznie silniejszy i trwał do następnego dnia. Ani u zdrowych, ani u chorych, próba ta nie wpływa na stan ogólny i ciepłotę.

— Międzynarodowy V. Zjazd ginekologiczny, który miał się odbyć w Petersburgu, został ponownie odroczony.

Mianowani: dr Witold Ziembicki chemikiem szpitala krajowego we Lwowie;

profesorami nadzw. docent pedyatryi Koeppe w Giessen i docent anatomii Lubosch w Jenie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Jodofan, nowy środek zastępujący jodoform, wyrabiany w instyt. chem. dra A. Horowitza w Berlinie N. 24, uważa dr Piorkowski (Berl klin. Wochenschr. 1907, Nr 20) za pierwszorzędny przetwór. Już wyniki, osiągnięte przez Eisenberga, wskazują, iż obok działania leczniczego na rany, odznacza się jodofan brakiem działania drażniącego i trującego, brakiem smaku i zapachu. Piorkowski przeprowadził badania bakteryologiczne, z których wynika niewątpliwie, iż jodofan pod każdym względem przewyższa jodoform. Jodoform powstaje przez połączenie jodu z methanem, jodofan zaś z benzolem. Tworzy on proszek czerwonawo-żółty, krystaliczny, nierozpuszczalny. Działanie polega na odszczepieniu się jodoformolu i na lekkiem zakwaszeniu przy zetknięciu się z alkaliczną wydzieliną rany. Z badań P. wynika, iż 0·3 gr. jodofanu działa tak energicznie na hodowlę gronkowców w bulionie, iż, gdy kontrola wykazywała 60 zarodków, po 20 minutach spotyka się tylko 2, a po 40 m. następuje zupełne zniszczenie mikrobów. Na płytach agarowych widać, jak w odległości 5 mm. i więcej od miejsca, gdzie leży jodofan, nie rośnie żadna kolonia (fotogramy). Silne działanie odwaniające i przeciwgnilne jodofanu sprawia, iż przy dodaniu 2 prc. jodofanu do substancyi cuchnących, posokowatych, po paru minutach znika przykry zapach i nie powraca po 3—4 tygodniach. Na myszach przekonał się P., iż nie następowało zakażenie rany gronkowcami, jeżeli w 2 godziny po wprowadzeniu bakteryi posypano ranę jodofanem (zwierzę kontrolne ginęło). Ten szereg wyników każe się spodziewać, iż jodofan odda w praktyce wkrótce rzeczywiście wielkie usługi. *Hr.*

Liquor Ferro-Mangani saccharati
Liquor Ferro-Mangani peptonati
»Marka Helfenberg«
nowoczesne przetwory żeleziste łatwo strawne i smaku przyjemnego.
Oba przetwory zawierają 0·6% żelaza i o 0·10 manganu w połączeniu organicznem, nie wywołują zaparcia.
Ogólne uznanie.
Główny skład dla Austro-Węgier: 83
A. KREMEL Apteka pod Orłem,
Wiedeń, XIV., Märzstrasse 49.
Do nabycia we wszystkich aptekach.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.
Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.
Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

Szczawa Krondorfska
uznana za najlepszą naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny: Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.